

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1894

THÈSE

N<sup>o</sup>

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 28 Février 1894, à 1 heure*

PAR

Julian ROSAL

NÉ A QUEZALTENANGO (GUATEMALA) LE 5 JANVIER 1866

Ancien Externe des Hôpitaux.

---

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PELVI-PÉRITONITE TUBERCULEUSE

---

*Président : M. TILLAUX, Professeur.*

*Juges : MM. { LEJARS, Professeur.  
                  { TUFFIER ET JALAGUIER, Agrégés.*

---

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE  
OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11-13

PARIS

—  
1894



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1894

THÈSE

N°

---

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 28 Février 1894, à 4 heures*

PAR

Julian ROSAL

NÉ A QUEZALTENANGO (GUATEMALA) LE 5 JANVIER 1866

Ancien Externe des Hôpitaux.

---

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PELVI-PÉRITONITE TUBERCULEUSE

---

*Président : M. TILLAUX, Professeur.*

*Juges : MM. { LEJARS, Professeur.  
                  { TUFFIER ET JALAGUIER, Agrégés.*

---

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE  
OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11-13  
PARIS

---

1894

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                        |  |               |
|------------------------------------------------------------------------|--|---------------|
| <b>Doyen . . . . .</b>                                                 |  | M. BROUARDEL  |
| <b>Professeurs . . . . .</b>                                           |  | MM.           |
| Anatomie . . . . .                                                     |  | FARABEUF.     |
| Physiologie . . . . .                                                  |  | CH. RICHET    |
| Physique médicale. . . . .                                             |  | GARIEL        |
| Chimie organique et chimie minérale . . . . .                          |  | GAUTIER       |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                   |  | BAILLON       |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         |  | BOUCHARD      |
| Pathologie médicale . . . . .                                          |  | { DIEULAFOY   |
|                                                                        |  | { DEBOVE      |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      |  | LANNELONGUE   |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        |  | CORNIL        |
| Histologie. . . . .                                                    |  | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils . . . . .                                      |  | TERRIER.      |
| Pharmacologie. . . . .                                                 |  | POUCHET       |
| Thérapeutique et matière médicale . . . . .                            |  | N...          |
| Hygiène. . . . .                                                       |  | PROUST        |
| Médecine légale . . . . .                                              |  | BROUARDEL     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    |  | LABOULFÈNE    |
| Pathologie comparée et expérimentale. . . . .                          |  | STRAUS        |
| Clinique médicale . . . . .                                            |  | { G. SÉE      |
|                                                                        |  | { POTAIN      |
|                                                                        |  | { JACCOUD     |
|                                                                        |  | { HAYEM       |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             |  | GRANCHER      |
| Clinique des maladies syphilitiques. . . . .                           |  | FOURNIER      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . |  | JOFFROY       |
| Clinique des maladies nerveuses . . . . .                              |  | N...          |
|                                                                        |  | { N...        |
|                                                                        |  | { DUPLAY      |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         |  | { LE DENTU    |
|                                                                        |  | { TILLAUX     |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                     |  | PANAS         |
| Clinique des voies urinaires . . . . .                                 |  | GUYON         |
| Cliniques d'accouchements . . . . .                                    |  | { TARNIER     |
|                                                                        |  | { PINARD      |

### Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

### Agrégés en exercice

| MM.         | MM.        | MM.               | MM.       |
|-------------|------------|-------------------|-----------|
| ALBARAN     | DELBET     | MARIE             | REITTERER |
| ANDRE       | FAUCONNIER | MAYGRIER          | RICARD    |
| BALLET      | GAUCHER    | MENETRIER         | ROGER     |
| BAR         | GILBERT    | NELATON           | SCHWARTZ  |
| BRISSAUD    | GLEY       | NETTER            | SEBILAU   |
| BRUN        | HEIM       | POIRIER, chef des | TUFFIER   |
| CHANTEMESSE | JALAGUIER  | travaux anatomi-  | VARNIER   |
| CHARRIN     | LEJARS     | ques.             | VILLEJEAN |
| CHAUFFARD   | LETULLE    | QUÉNU             | WEISS     |
| DEJERINE    | MARFAN     |                   |           |

*Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS.

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSÉ MONTEROS

ET A MONSIEUR LE GÉNÉRAL MANUEL-L. BARILLAS

Faible témoignage de mon  
affection et de ma profonde  
reconnaissance.



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553826\\_0112](https://archive.org/details/IA41553826_0112)

## AVANT-PROPOS

---

Nous saisissons les moments où nous terminons nos études médicales dans cette célèbre Faculté, pour adresser à nos savants Maîtres l'expression de notre reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'ils nous ont fait. Nous éprouvons tout particulièrement ce sentiment pour M. le professeur Tillaux qui nous a honoré de la présidence de cette thèse et dont les savants conseils seront toujours pour ses élèves d'un puissant encouragement.

Nous devons inscrire aussi les noms de nos bons amis MM. les Drs E. Delaunay et A. Rogues de Fursac, anciens internes des hôpitaux, pour les connaissances que nous avons acquises dans leur service, et celui du bien sympathique Dr A. Chantemesse, professeur agrégé, qui nous a honoré de son amitié.

Nous ne saurions trop témoigner notre gratitude à notre excellent ami M. R. Aragon, ancien externe des hôpitaux, qui nous a toujours procuré les avantages d'une amitié sincère et nous a prêté son opportun et efficace concours pour la révision de ce travail.



## INTRODUCTION

---

Depuis les travaux remarquables de MM. Bernutz et Goupil (1) où toute l'histoire clinique et anatomo-pathologique a été faite, de la pelvi-péritonite, cette lésion a été, jusqu'à nos jours, tour à tour niée et adoptée comme une entité morbide. Ainsi, parmi les auteurs les plus récents, M. Pozzi (2) ne la décrit plus et M. Second (3) l'accepte avec réserves. La clinique et l'anatomie pathologique ont confirmé dans leur plus grande part les assertions de ces auteurs dont la compétence en pareille matière est de tous reconnue. Sans prétendre nous mêler d'une discussion aussi délicate et tout à fait en dehors de notre compétence, nous rappellerons cependant que Bernutz et Goupil, dans leurs travaux, tout en faisant avancer la science d'un

---

(1) Bernutz et Goupil. *Arch. gén. de méd.* 5<sup>e</sup> s. 1857.

(2) S. Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1892.

(3) P. Second. *Traité de chirurgie 1892*, tom. VIII, p. 592.

grand pas en démontrant tout ce qu'il y avait de théorique dans l'ancienne conception de Nonat et ses devanciers, voulurent démontrer en même temps le rôle principal qui revient au péritoine pelvien dans la pelvi-péritonite. Ils établirent en effet que cette affection dépend d'une lésion préalable des trompes, des ovaires ou de l'utérus, ainsi que le prouve le passage suivant (1) : . . . . . « En effet, cette étude anatomique, en nous montrant quelle large part l'inflammation du péritoine pelvien prend à la production de ces lésions, mais surtout en nous montrant les prétendus phlegmons péri-utérins, qu'on avait cru sentir pendant la vie, constitués presque tout entiers, après la mort, par des adhérences péritonéales entourant soit des anses intestinales et des portions plus ou moins étendues des ligaments larges ensemble réunis, fait comprendre que dans ces affections le rôle principal revient à la péritonite partielle qu'ont fait naître différents états morbides soit de l'utérus, soit de ses annexes ». Plus loin, lorsqu'ils comparent la trompe à l'épididyme, l'ovaire au testicule, et le péritoine pelvien à la tunique vaginale, ils ajoutent (page 296) : « Aussi voyons-nous les signes de la vaginalité qui, chez l'homme, constitue l'élément le plus saillant de la symptomatologie de l'orchite, être remplacés chez la femme par les

---

(1) Bernutz et Goupil. *Loc. cit.*, p. 286.

signes irréfragables d'une péritonite partielle ». M. Terrillon (1) établit volontiers cette même comparaison quand il parle de la salpingite tuberculeuse.

En 1874, sept années plus tard, dans ses mémoires sur les phlegmons des ligaments larges, M. Bernutz (2) s'exprime ainsi : « La confusion que je combattais en 1862 est devenue encore bien moins acceptable aujourd'hui où non seulement mes travaux mais ceux d'Aran, de Siredey, etc., ont démontré que le processus inflammatoire est constamment le fait, dans les pelvi-péritonites, d'un état morbide, soit aigu, soit chronique, de nature très variable, de l'un quelconque des organes génitaux internes : utérus, trompes, qui vient dans des conditions très diverses retentir sur le péritoine pelvien, tandis qu'une semblable filiation n'existe pas pour la cellulite pelvienne. »

Ces deux passages nous prouvent : 1<sup>o</sup> que le rôle assigné par Bernutz et Goupil au péritoine pelvien, dans l'ensemble symptomatique des lésions annexielles, est, à peu de chose près, celui admis aujourd'hui par les auteurs contemporains ; avec cette différence qu'actuellement on tend à englober ces lésions sous les noms de périméthro-salpingite et d'abcès pelviens, et que les salpingo ovarites (inconnues cliniquement, ne pouvant par conséquent être traitées à l'époque de

---

(1) Terrillon. *Salpingite tuberculeuse*. *Bul. méd.* Paris, 1889, p. 867-867.

(2) Bernutz. *Arch. de Tocol.*, Par., 1874. p. 131.

Bernutz où la chirurgie abdominale n'existait pas), dont une des fréquentes terminaisons est l'abcès pelvien, tiennent de nos jours une grande et importante place, grâce aux travaux modernes, dans la chirurgie courante ; 2° que s'il est vrai que Bernutz et Goupil concentrèrent toute leur attention, avec grand nombre d'auteurs qui les suivirent, sur l'inflammation péritonéale, laissant de côté les inflammations des trompes et des ovaires, et ne s'occupant presque plus du tissu cellulaire pelvien, il n'en est pas moins vrai que ces mêmes auteurs établirent les premières bases de la pathogénie actuellement admise, de l'infection péritonéale consécutive dans la grande majorité des cas à l'inflammation utéro-tubaire.

M. Delbet (1), reconnaissant l'importance de la pelvi-péritonite consacre, dans son livre, une longue description à cette affection et divise les inflammations du péritoine pelvien en deux grands groupes : « Les unes sont directement sous la dépendance des organes voisins, restent très limitées, subordonnées à l'affection qui les a engendrées et qui garde le rôle principal. Il me semble très juste de désigner ces formes d'un nom qui rappelle leur origine et marque leur importance secondaire ; suivant les cas *péri-salpingite*, *péri-ovairite*, *péri-métrite*. D'autres plus étendues, plus graves,

---

(1) P. Delbet. *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, page 8.

se mettent tout de suite au premier rang, masquent l'affection souvent insignifiante qui leur a donné naissance. C'est à celles-là que je réserverai le nom de *pelvi-péritonite*. »

Si donc tout le monde est à peu près d'accord sur ces points : que la pelvi-péritonite est dans la grande majorité des cas consécutive aux inflammations utéro-annexielles ; que cette même pelvi-péritonite y prend quelquefois le dessus dominant alors, à un moment donné, la scène pathologique ; et qu'elle est un épisode fréquent et d'une indiscutable importance des lésions des annexes ; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de la pelvi-péritonite primitive. Cependant cette pelvi-péritonite peut, bien que rarement, se montrer non pas comme épisode d'une autre inflammation préalable, mais comme une vraie entité morbide, primitive, indépendante de toute autre, ainsi que M. Reclus (1) s'efforça de le démontrer dans son mémoire lu au Congrès français de chirurgie en 1891. Cette communication était basée sur quatre observations de malades atteintes de pelvi-péritonite primitive suppurée, opérées par lui avec succès. Chez l'une de ces malades il y eut une grossesse menée à terme, chez une autre il y en avait les signes probables.

Dans la discussion qui s'en suivit, M. Pozzi prit la parole pour contester la thèse défendue par M. Reclus.

---

(1) P. Reclus. *Cong. franç. de chir.*, Par., 1891, n. s. xviii, p. 332.

Mais, par hasard, la même année, M. Reclus (1) opéra une cinquième malade, dont l'examen clinique l'avait conduit à porter le diagnostic de pelvi-péritonite primitive suppurée; on fit la laparotomie et les examens macroscopique et histologique très soignés ne firent que confirmer le diagnostic; les trompes y furent trouvées absolument indemnes de toute lésion. C'est, croyons-nous, une démonstration péremptoire de l'existence de la pelvi-péritonite primitive.

Cette affection a donc droit à entrer dans le cadre nosographique au même titre que les pyo-salpingites et les phlegmons des ligaments larges.

Dans ce cas particulier, M. Reclus fait l'hypothèse de l'infection par la voie lymphatique, étant données l'intégrité des trompes et les connexions des réseaux blancs avec les cavités séreuses. Ce même auteur s'exprime ainsi sous ce rapport : « En vérité, nous ne saurions comprendre comment, tandis que tous les réseaux blancs jouissent du fâcheux privilège de rouler à distance les germes morbides, les seuls lymphatiques de la muqueuse utérine échapperaient à cette loi. »

M. Chéron (2) partage cette façon de voir pour les cas semblables à celui dont il s'agit. Il admet que la pelvi-péritonite est le plus souvent consécutive aux tubo-ovarites, mais il ajoute : « Quand par suite de

---

(1) P. Reclus. *Sem. méd.* Par., 1891, p. 281.

(2) Chéron. *Rev. méd. chir. d. mal. des femmes*, Paris, 1889, p. 519.

scarifications dans le col, par exemple, on voit éclater deux jours après une pelvi-péritonite; dans ce cas, si l'intégrité de la muqueuse utérine et des trompes avait été bien constatée avant l'opération, il est plus logique d'admettre qu'il y a eu infection de la plaie par l'instrument et que cette infection, qui s'est propagée si rapidement au péritoine y a été apportée par les lymphatiques du col; car on ne comprendrait pas, dans ce cas particulier, que l'inflammation septique ait eu, en deux jours, le temps de gagner de proche en proche la muqueuse du canal cervical, la muqueuse utérine et la muqueuse tubaire pour arriver enfin au péritoine. »

Enfin, nous terminerons ce préambule avec la conclusion de M. Delbet (1), à laquelle nous nous rallierons volontiers : « Le phlegmon de Nonât existe, la pelvi-péritonite existe, les salpingites existent. Si l'on peut encore discuter sur la fréquence relative de ces affections, il n'est plus permis de les nier. Chacune d'elles a droit à une place spéciale dans la nosologie. »

Dans toutes ces discussions soulevées depuis Bernutz et Goupil, par la pelvi-péritonite franche, nous ne voyons rien qui se rapporte en particulier à la pelvi-péritonite tuberculeuse; peut-être les auteurs dans

---

(1) P. Delbet. *Loc. cit.*, p. 6.

leurs débats portés sur la première de ces affections, ont-ils compris la seconde qui s'y est trouvée, pour ainsi dire, éclipsée. C'est à peine si les auteurs modernes font mention de la pelvi-péritonite tuberculeuse, ce dont nous avons été frappé, se bornant, lorsqu'ils traitent les inflammations du péritoine pelvien, à lui consacrer quelques lignes dans les chapitres concernant l'étiologie et le diagnostic et à concentrer exclusivement leur attention sur les salpingo-ovarites tuberculeuses. Aussi est-ce surtout dans des mémoires, dans les recueils périodiques et dans quelques thèses que nous avons vu traiter l'affection qui nous occupe avec l'étendue qu'elle mérite.

Etant donnés cet ensemble d'organes du petit bassin et leurs rapports anatomo-physiologiques étroits, il était naturel qu'on ne voulût pas admettre l'inflammation isolée de l'un d'eux sans retentissement sur l'autre. Il n'est donc pas difficile de comprendre le pourquoi des discussions pour ou contre l'existence anatomo-pathologique d'une pelvi-péritonite franche primitive, d'autant plus qu'ici la porte d'entrée de l'agent infectieux, est exclusivement génitale, et pourtant cette entité pathologique existe, d'après ce que nous avons dit plus haut.

Par contre, nous sommes porté à admettre plus aisément l'existence d'une pelvi-péritonite bacillaire primitive, en dehors de celle qui est le résultat de la tuber-

culisation des organes génitaux. En effet, dans ce cas, les portes d'entrée du bacille ne sont pas seulement offertes par la voie génitale, elles en sont multiples. Puisque nous avons une péritonite tuberculeuse généralisée constituant la première manifestation de l'infection, que la science possède des observations nombreuses de péritonites tuberculeuses circonscrites (M. Schwartz (1) en a publié dernièrement deux intéressantes observations), il ne répugne donc pas à l'esprit d'admettre une pelvi-péritonite tuberculeuse primitive au même titre que les autres. Il est vrai que, en dehors, bien entendu, des salpingo-ovarites ou des pyo-salpinx nettement localisés, nous ne voudrions pas dire que la tuberculisation fut dans tous les cas cantonnée dans le péritoine pelvien pour justifier le titre de pelvi-péritonite tuberculeuse ; mais que la bacillose, quoique diffuse dans l'aire de la séreuse pelvienne, se soit cantonnée là ou qu'elle ait plus ou moins envahi le reste de la séreuse abdominale, nous viserons surtout les cas où, cliniquement, les phénomènes pelviens deviennent prédominants au point de justifier et la dénomination de pelvi-péritonite tuberculeuse et l'intervention chirurgicale ; alors que cette prédominance domine toute la scène pathologique comme le démontrent les symptômes et l'évolution clinique, ainsi que

---

(1) Schwartz. *Péritonite sèche tuberculeuse*. *Sem. méd.*, Par., 1892, page 23.

plusieurs auteurs l'ont établi et que nous tâcherons d'en contribuer à la démonstration.

A côté de cette forme probable, primitive, de la pelvi-péritonite tuberculeuse, s'en place une autre non moins importante ; c'est celle consécutive à la bacillose primitive génitale. Cette dernière forme, l'analogue de la pelvi-péritonite ordinaire consécutive à l'inflammation des annexes, est la plus connue et celle dont les auteurs se sont le plus occupés. Dans ce cas, en effet, ils ont été le plus souvent en présence d'une salpingo-ovarite tuberculeuse avec des lésions péritonéales devenues jusqu'à un certain point accessoires, lésions péritonéales dont les symptômes ont constitué, à un moment donné, un précieux guide pour arriver au diagnostic.

La distinction que nous venons de faire n'est pas une simple vue de l'esprit ; peut-être est-ce une hypothèse, nous en convenons, mais une hypothèse basée sur des faits cliniques et des résultats opératoires, que nous relatons dans deux de nos observations produites plus loin (v. obs. III et V). Les différences ne s'en accusent pas moins dans le traitement ; l'ablation des annexes de l'utérus étant indiquées lorsqu'elles sont le siège du foyer tuberculeux primitif et la pelvi-péritonite tuberculeuse ayant droit à une intervention dirigée contre elle seule.

En résumé, étant donnée l'importance de la pelvi-péritonite tuberculeuse, qu'on veuille la considérer

comme une manifestation première de l'infection bacillaire ou comme la conséquence de la bacillose des annexes ; étant donné que, dans ce dernier cas, les symptômes de pelvi-péritonite sont d'une valeur sémiologique incontestable et constituent un guide des plus importants pour arriver au diagnostic de la lésion tuberculeuse annexielle ; étant donné enfin que dans ce même dernier cas l'intervention chirurgicale diffère en bien de points de celle que l'on oppose habituellement aux salpingo-ovarites ordinaires ; voilà pourquoi nous avons voulu contribuer à faire ressortir l'importance de la pelvi-péritonite tuberculeuse en la choisissant comme sujet de notre thèse ; mais notre but est de l'envisager sous le point de vue exclusivement chirurgical.

C'est au mois de septembre de l'année dernière, pendant le cours des vacances, que M. Albarran, agrégé, suppléant alors à la chaire de clinique des voies urinaires M. le professeur Guyon à l'hôpital Necker, fit une leçon sur un jeune malade du service, chez qui on porta le diagnostic de kyste rétro-vésical et où la laparotomie démontra l'existence d'une péritonite-tuberculeuse circonscrite formant tumeur rétro-vésicale. La connaissance de ce fait intéressant, qui attira notre attention, nous engagea à faire des recher-

ches dans cette voie, mais nulle part nous n'avons pu trouver rien de semblable (4).

---

(4) Notre intention était de publier ici, dans tous ses détails, cette intéressante observation, mais il nous a été impossible d'obtenir les renseignements de l'examen clinique fait à l'hôpital Necker et les détails de l'opération ; c'est pourquoi nous consignons ici seulement les renseignements que le malade nous a fournis de sa maladie, dans son domicile, le jour où nous l'avons examiné.

Voici nos renseignements recueillis :

Abadie M. .... est entré à l'hôpital Necker, salle Velpeau, le 4 septembre 1893.

Agé de 15 ans non accomplis. Père et mère bien portants. Un frère de 17 ans et une sœur de 13 ans qui se portent très bien. Il est employé dans un magasin où il fait les courses. Rougeole à 6 ou 7 ans. Il n'a jamais toussé ni craché de sang, ni jamais éprouvé de douleurs du côté de la poitrine. Il a beaucoup maigri depuis un mois, à partir de la date de son entrée à l'hôpital. Il avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'au commencement du mois de juillet 1893 où il s'est aperçu de douleurs et de tiraillements siégeant dans tout l'abdomen, spécialement vers le bas-ventre où ils étaient spontanés et augmentaient par la pression, lorsqu'il boutonnait son pantalon. Cet état s'aggrava progressivement jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, où il fut pris subitement d'une rétention d'urine pour laquelle il fut soigné par le médecin de l'établissement où il se trouve (Orphelinat tenu par des frères).

Vers le mois d'août il remarqua que son ventre avait un peu grossi, s'en apercevant lorsqu'il boutonnait son pantalon. Deux jours avant son entrée à l'hôpital il eut une autre rétention d'urine, laquelle, dit-il, disparut spontanément. C'est alors et pour cela qu'il se décida à venir à Necker.

Pendant le mois d'août il a été très constipé, à tel point qu'à une certaine époque cette constipation dura huit jours, ce qui obligea le médecin de lui administrer un purgatif à la suite duquel il eut, à ce qu'il raconte, de la diarrhée pendant 5 à 6 jours. En dehors de cela il n'a jamais eu de diarrhée.

Il avait perdu l'appétit depuis un mois ; il marchait difficilement et plié en deux. Pendant ce même mois d'août il eut des mictions très fréquentes, toutes les dix minutes, qui disparurent spontanément quelques jours après son entrée dans le service de Necker ; il n'a jamais uriné de sang.

Nous avons examiné soigneusement la poitrine sans y trouver rien d'anormal.

La laparotomie fut pratiquée le 20 septembre ; c'est alors qu'on trouva, au lieu d'un kyste, une péritonite tuberculeuse circonscrite formant tumeur rétro-vésicale. Ces renseignements nous les tenons de l'opérateur lui-même qui nous ajouta qu'il avait fait des réserves au sujet d'une péritonite tuberculeuse possible, réserves qui l'avaient poussé à faire la laparotomie plutôt que de choisir la voie périnéale pour atteindre la tumeur.

Lorsque nous eûmes l'honneur de nous adresser à notre illustre maître, M. le professeur Tillaux, dans le but de lui demander de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse, il nous engagea à suivre une malade qu'il avait à cette époque là, dans son service de la Charité, atteinte de pelvi-péritonite avec salpingite tuberculeuses. C'est à l'occasion de cette nouvelle observation que nous dirigeâmes nos recherches dans une autre voie et nous n'avons eu qu'à nous louer de l'opportun conseil de notre maître.

Par un heureux hasard nous avons suivi ailleurs deux autres malades atteintes d'affections analogues ; ces trois observations nous ont servi de base pour développer notre sujet.

---

Le malade est sorti guéri de son opération le 19 octobre. En quittant l'hôpital il souffrait encore, mais beaucoup moins qu'avant son entrée dans le service. Dans l'espace de deux semaines il n'a plus souffert du tout ; mais après ces deux semaines de guérison apparente il recommença à souffrir, surtout quand il se penchait en avant et qu'il buvait trop de liquide ; néanmoins l'opération lui a porté beaucoup de bénéfice ; il a très bonne mine et a notablement engraisé depuis ; il croit en outre se trouver de mieux en mieux jusqu'à aujourd'hui 11 janvier 1894, jour où nous l'avons examiné.

Actuellement il n'y a pas de ballonnement du ventre qui est souple, mais un peu douloureux à la pression du côté gauche. La cicatrice est très solide. Il n'existe pas de troubles de la miction. L'appétit est bon. En un mot, il y a eu une amélioration notable.

*Réflexions.* — Ce cas nous démontre la difficulté du diagnostic des kystes rétro-vésicaux et nous fait penser à la lourde méprise à laquelle le chirurgien se serait exposé si, ayant fermement cru à un kyste, sans avoir pensé à la péritonite tuberculeuse, il avait choisi pour l'opérer la voie périnéale.

Nous concentrerons spécialement notre attention sur la pelvi-péritonite tuberculeuse, objet principal de notre travail ; mais étant donnée la liaison qui existe entre cette affection et les lésions des trompes, nous ne saurions passer sous silence la salpingite tuberculeuse. Nous ferons donc une scission artificielle, dans nos différents chapitres, qui consistera à séparer la salpingite de la pelvi-péritonite, pour la commodité de notre description.

L'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique constituent des chapitres dont on ne saurait nier la grande importance, mais de pareilles études sont au-dessus de nos ressources et nous égarent du terrain clinique où nous nous proposons de rester. Nous en dirons cependant quelques mots pour répondre à un usage et pour signaler quelques points qui pourront nous éclairer dans la clinique ou nous aider dans la détermination chirurgicale.

On pourra nous reprocher d'avoir fait, dans notre chapitre symptomatologie, la division des pelvi-péritonites tuberculeuses en aiguës et chroniques et subdivisé ces dernières en chroniques à début aigu et chroniques d'emblée. Nous reconnaissons notre manque d'autorité, mais nous y avons été contraint par plusieurs raisons. D'abord, nous avons voulu nous donner un peu de clarté dans cette maladie qui prête beaucoup à la confusion en nous offrant une méthode

pour pouvoir la décrire ; puis, nous avons remarqué dans les descriptions données par les auteurs, de la pelvi-péritonite tuberculeuse, englobés dans un ensemble tous les aspects sous lesquels cette affection peut se présenter en clinique ; enfin, ayant comparé nos observations nous avons cru y voir une certaine dissemblance pour les mettre dans un seul groupe, les observations n<sup>os</sup> I et II ne ressemblent en rien à nos observations n<sup>os</sup> III, IV et V, et parmi ces trois dernières nous voyons des aspects cliniques un peu différents. Il est vrai que pour compléter nos groupes nous avons dû emprunter aux auteurs ce que nous avons cru se rapporter à nos divisions.

Dans notre chapitre diagnostic nous n'avons pas cru devoir faire le diagnostic des pelvi-péritonites en général avec les autres affections chirurgicales du petit bassin ; ce point étant traité avec toute la compétence et étendue désirables dans tous les traités classiques et dans les articles des dictionnaires. Nous nous sommes borné à insister sur le diagnostic de l'affection qui nous occupe avec les autres pelvi-péritonites.

Nous avons procédé de même dans les lignes consacrées au traitement, nous bornant à faire quelques considérations sur le traitement purement chirurgical.

Nous ne voulons pas dissimuler les nombreuses lacunes que nous avons pu laisser dans notre exposé, mais nous avons la conviction d'avoir travaillé et d'avoir fait de notre mieux.

Puisse ce court travail mériter l'indulgence de nos juges !

## APERÇU HISTORIQUE

---

**Pelvi-péritonite tuberculeuse.** — L'historique de cette affection, considérée en elle-même, n'est pas très riche. Il est très peu d'auteurs qui s'en soient occupés en particulier.

Avant Bernutz on croyait à la rareté des pelvi-péritonites, à plus forte raison on n'avait pas songé à la tuberculisation du péritoine pelvien et à l'inflammation qui en est la conséquence.

C'est à Bernutz et Goupil (1) que revient le mérite d'avoir fait les premiers l'histoire dogmatique de la pelvi-péritonite tuberculeuse à laquelle ils consacrent un long chapitre, si complet que les auteurs qui les ont suivis n'y ont que très peu ajouté.

En 1865 M. Brouardel (2) fait de la tuberculisation des organes génitaux de la femme le sujet de sa thèse

---

(1) Bernutz et Goupil. Clin. méd. sur les mal. des femmes, Paris, 1862, p. 325.

(2) P. Brouardel. Thèse de Paris 1865.

inaugurale, thèse remarquable qu'on consultera toujours avec beaucoup de fruit. Cet auteur traite, bien qu'incidemment, la pelvi-péritonite tuberculeuse d'une façon assez complète, comblant ainsi les lacunes que Bernutz et Goupil avaient laissées dans leur description quelques années auparavant.

Plusieurs années après, en 1871, M. Peter (1) reprend la question des pelvi-péritonites et fait, à l'hôpital de la Charité, de la pelvi-péritonite tuberculeuse un des sujets de ses conférences.

Après 1871, un certain nombre de thèses sont écrites sur les pelvi-péritonites en général, mais leurs auteurs n'y font qu'à peine mention de la pelvi-péritonite tuberculeuse, et il faut arriver jusqu'en 1878, époque où M. Talamon (2) publie un très intéressant mémoire suggéré par un cas de pelvi-péritonite tuberculeuse observé par lui à l'hôpital de Sainte-Eugénie, actuellement hôpital Trousseau, chez une petite fille de 6 ans.

En 1879 M. Martineau (3) dans ses conférences sur l'adéno-pelvi-péritonite, s'occupe de la même affection à marche chronique consécutive au tubercule, et pour lui cette dernière forme est en rapport intime avec la métrite de même nature qu'il appelle métrite constitutionnelle spéciale.

---

(1) Peter. *Gaz. des hôp.* Paris 1871, p. 493.

(2) C. Talamon. *Ann. de Gynéc.* Paris 1878, t. 10, p. 416-428.

(3) Martineau. *France méd.* Paris 1878, p. 809-811.

Dix années plus tard paraît le dernier travail d'ensemble sur cette question : celui de M. Chéron (1). Ce savant gynécologiste fait des pelvi-péritonites en général et de la pelvi-péritonite tuberculeuse en particulier, une étude aussi complète que possible.

En résumé, les travaux les plus importants que nous connaissions en France sur l'affection qui nous occupe, sont ceux de MM. Bernutz et Goupil, Brouardel, Peter, Talamon et Chéron. Aussi est-ce à ces auteurs que nous ferons les plus larges emprunts pour l'étude de cette question.

**Salpingite tuberculeuse.** — La bibliographie des salpingites tuberculeusées est beaucoup plus étendue et s'enrichit de jour en jour depuis l'avènement de la chirurgie abdominale. Mais en dehors de quelques auteurs, que nous avons cités précédemment, qui ont fait des études sur cette affection, nous ne mentionnerons que ceux qui s'en sont occupés depuis que les salpingites sont traitées chirurgicalement.

Citons d'abord Hégar et Spœth, mentionnés par M. Daurios (2) qui a écrit une très intéressante thèse sur la tuberculose génitale de la femme en général.

En 1887, MM. Cornil et Terrillon (3) font l'étude de

---

(1) Chéron. *Rev. méd. chir. des mal. des femmes*. Paris 1889, p. 589 et suivantes.

(2) Daurios, *Thèse de Paris* 1889.,

(3) Cornil et Terrillon. *Anatomie et Physiologie pathologique de la salpingite et de l'ovaire*. *Arch. de phys. normale et pathol.* Paris 1887, 3<sup>e</sup> sér., t. 10, p. 533.

l'anatomie et de la physiologie pathologique de la salpingite tuberculeuse.

Puis, en 1889, M. Terrillon (1) en fait une étude clinique et traite d'une façon assez complète de l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans la salpingite tuberculeuse, au Congrès français de chirurgie de la même année (2).

Signalons encore les études de M. Chéron (3), les thèses de MM. Derville (4) et de Massia (5) et le livre de M. Delbet (6). Le dernier mémoire que nous connaissions sur ce sujet est celui de M. P. Riche (7).

---

(1) Terrillon. *Bull. méd.* Paris 1889, p. 867-869.

(2) Terrillon. *Cong. franç. de chir.*, 1889, 4<sup>e</sup> sess. p. 113-117. *Ibid.* *Arch. de Tocol.* Par., 1889, p. 581. *Ibid.* *Salpingites et ovarités*, 1891.

(3) Chéron. *Des Salpingo-ovarites*. *Rev. méd. chir. des mal. d. femmes.* Par., 1889, p. 325.

(4) Derville. *De l'infect. tuberc. par la voie génitale chez la femme*. Th. de Par., 1887.

(5) De Massia. *Des salpingo-ovarites tuberculeuses*. Th. de Paris, 1891.

(6) P. Delbet. *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Par., 1891.

(7) Paul Riche. *De la salpingite tuberculeuse*. *Gaz. des hôp.* Par., 1893, p. 501-510.

## ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. FRÉQUENCE <sup>(1)</sup>

---

Aujourd'hui, que les causes de la tuberculose ne sont que trop connues, nous n'avons plus à rappeler les discussions sur la nature du tubercule ni la distinction entre les deux sortes de produits tuberculeux. La question en est tranchée ; toute tuberculose humaine est produite par le bacille de Koch. Il ne reste des anciennes conceptions que la question de prédisposition, ou mieux, comme on dit aujourd'hui, la question terrain. La tuberculose est le résultat de l'inoculation bacillaire.

La tuberculose péritonéale ou génitale peut être isolée ou exister en même temps que celle d'un autre organe, poumon, intestin, etc.

---

(1) Dans ce chapitre, ne pouvant pas séparer ce qui se rattache à l'infection péritonéale de ce qui correspond à l'infection tuberculeuse des annexes, attendu que le péritoine peut être pris consécutivement aux trompes, nous nous voyons forcés de traiter dans le même chapitre ce qui intéresse le péritoine et les annexes afin d'éviter les redites.

Tout d'abord on se demande comment la trompe ou le péritoine peuvent devenir le siège de cette infection. Nous pouvons en résumer le processus ainsi :

L'infection peut venir du dehors et gagner les organes génitaux de la femme par voie ascendante. Dans ce cas on aurait une tuberculose génitale primitive et le péritoine pelvien pris consécutivement. Si au contraire il s'agit d'une femme déjà bacillose pulmonaire, on a admis une infection appelée primitive secondaire, c'est-à-dire par une nouvelle inoculation par voie ascendante.

L'infection peut aussi se faire par auto-infection par la voie sanguine, soit que la première localisation tuberculeuse se fasse dans le péritoine et que les organes génitaux se prennent consécutivement ; soit que la femme étant déjà tuberculeuse son péritoine et ses organes génitaux se prennent secondairement.

Dans l'un et l'autre cas on est porté à supposer, ainsi que le font certains auteurs, que lorsque l'infection tuberculeuse atteint les trompes, ou les organes génitaux en général, déjà malades, la maladie antérieure y a pu créer un lieu de moindre résistance.

Quant à l'infection venue du dehors, plusieurs auteurs l'admettent soit comme possible, probable ou exceptionnelle. Nous croyons, pour notre part, que bien que possible, probable ou exceptionnelle, on pourrait la considérer comme certaine, à en juger par

les observations de tuberculose primitive du vagin, de l'utérus ou des trompes, qui tendent à se multiplier aujourd'hui. MM. Cornil et Rigal (1) ont publié deux cas d'ulcérations tuberculeuses primitives du vagin. M. Daurios rapporte dans sa thèse plusieurs observations de tuberculose de la muqueuse utérine, assez avancée pour faire croire à une localisation primitive dans cette muqueuse. Quoiqu'on ne puisse pas conclure de l'expérimentation chez les animaux à l'homme, les expériences de M. le professeur Cornil (2) n'en sont pas moins probantes dans ce sens qu'elles démontrent la possibilité de l'infection par la voie ascendante: Cet auteur a toujours obtenu des résultats positifs en injectant une faible quantité de culture tuberculeuse dans le vagin des cobayes.

Dans ce mode de contagion le bacille peut être porté dans les organes génitaux par les canules, les doigts, des linges sales contaminés; cela se conçoit assez bien. Mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de l'infection par le coït. Les observations publiées à l'appui de cette hypothèse ne sont pas concluantes; cependant ce mode de contagion peut se concevoir lorsqu'il s'agit d'un tuberculeux urinaire. Mais qu'un tuberculeux pulmonaire sans lésions génitales inocule par le coït la

---

(1) Cornil et Rigal. *Bull. et mém. de la Société méd. des hôp. Par.*, 1880, 2<sup>e</sup> s., p. 100-103.

(2) Cornil. *Leçons sur l'anatom. pathol. des salpingites, des métrites et des cancers de l'utérus*. Paris, 1889.

tuberculose, cela est une hypothèse que rien ne prouve, et nous y opposons volontiers avec M. Reclus (1) cette question : » Comment le bacille de leur poumon a-t-il passé dans le vagin et dans l'utérus? »

Maintenant, si les ulcérations tuberculeuses du col, de l'utérus et du vagin sont infiniment plus rares que la tuberculose de la trompe, on peut en invoquer la raison, avec M. Pozzi (2), dans la disposition anatomique de ces organes. Le vagin est protégé par sa couche d'épithélium stratifié, la muqueuse utérine douée d'une vitalité intense est sujette à une desquamation partielle à chaque époque menstruelle ; ces conditions sont sans doute la principale défense contre les bacilles. La muqueuse des trompes, au contraire, est très riche en replis et non sujette à la mue menstruelle ; ces conditions la rendent plus vulnérable. Quelques malformations utérines ne seraient peut-être pas étrangères à favoriser l'infection (déviations, sténose du col, etc.) ; elles produiraient une rétention des sécrétions, dans la cavité utérine, sécrétions qui, refluant dans les trompes, y deviendraient d'excellents milieux de culture, ou y créeraient des lieux de moindre résistance pour l'invasion des germes tuberculeux ou autres.

Par quelle voie le bacille tuberculeux envahirait-il

---

(1) Reclus. *Traité de chirurgie*, 1890, t. I, p. 302.

(2) Pozzi. *Traité de Gynécologie*, Paris, 1882, 2<sup>e</sup> édit.

les trompes et le péritoine pelvien? La plupart des auteurs admettent aujourd'hui la voie muqueuse. D'autres, avec M. Martineau (1) admettent la voie lymphatique pour la propagation au péritoine, et ce dernier auteur croit que la métrite existe certainement et constamment dans la pelvi-péritonite tuberculeuse, et, dans ce cas, il établit comme intermédiaire entre la métrite et la pelvi péritonite, ce qu'il appelle l'adénolymphite.

Quant à l'infection venue du dedans, elle peut se faire par contiguité. La tuberculose intestinale peut amener le bacille au contact du péritoine et de là à la trompe. Ici la voie suivie par le bacille peut-être, ou celle créée par des fausses membranes, ou la voie lymphatique. Pour cette dernière, puisqu'on admet l'origine intestinale pour certaines salpingites consécutives à une entérite ou à une fièvre typhoïde anciennes, l'esprit ne s'oppose pas à admettre l'infection tuberculeuse par les lymphatiques décrits par M. Clado (2) entre l'appendice iléo-cœcal et l'ovaire. L'infection péritonéale ne serait, dans ce cas, que très facile. MM. Pilliet et Guitton (3) admettent cette voie d'entrée

---

(1) Martineau. *Loc. Cit.*

(2) Clado. *Gaz. des Hôp.*, 1892, p. 150.

(3) Pilliet et Guitton. *Salpingite tuberculeuse unilatérale. Progrès méd.*, Paris, 1893, p. 142.

de l'infection tuberculeuse dans leurs réflexions sur le cas de salpingite tuberculeuse unilatérale qu'ils ont publié, l'année dernière dans le *Progrès médical*.

L'infection peut aussi s'effectuer par la voie vasculaire. Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas de tuberculose aiguë avec localisations péritonéales coexistant avec celle des autres organes. En dehors de ces cas, on conçoit qu'il peut se produire, par voie sanguine, une infection du péritoine chez une tuberculeuse pulmonaire, et qu'alors des bacilles de virulence atténuée en quelque sorte, se fixent sur quelqu'un des organes du petit bassin, qu'une maladie antérieure aurait prédisposé à l'invasion (trompes déjà atteintes de salpingite banale ou pelvi-péritonite banale ancienne par exemple).

Mais sans tuberculose pulmonaire préalable, étant donnée l'existence des tuberculoses chirurgicales (ostéoarthrites, etc.) parfaitement localisées, on peut admettre *a priori* qu'il en soit ainsi chez une femme bien portante jusque-là et qui, à un moment donné, fait une tuberculose péritonéale à symptômes pelviens prédominants, ou une salpingite tuberculeuse sans qu'on puisse y découvrir une autre porte d'entrée au bacille de Koch. Chez les vierges, en effet, l'infection ascen-

dante est douteuse. Aussi, admettons-nous, avec M. Segond (1), l'auto-infection, sans repousser tout à fait l'infection fortuite par le vagin.

Parmi les circonstances étiologiques qui peuvent favoriser cette infection, nous avons d'abord l'âge. Bien que la plupart des salpingites et des pelvi-péritonites tuberculeuses aient été vues chez des femmes en puissance sexuelle, les observations ne sont pas très rares où l'on a constaté ces mêmes affections chez les petites filles. M. Brouardel, entre autres auteurs, en cite des observations, et nous en reproduisons plus loin une autre très intéressante, empruntée à M. Talamon. Par contre, des observations existent où les malades avaient atteint l'âge de soixante-quatorze et de soixante-dix-huit ans.

D'après Cullingworth (2) les salpingites chez les vierges sont généralement tuberculeuses.

Plusieurs auteurs ont remarqué chez des femmes où l'on avait soupçonné de la tuberculose génitale, l'existence fréquente dans leurs antécédents, soit d'accouchements, soit de manifestations inflammatoires du côté des organes génitaux produites par toute autre cause. Mais les observations ne sont pas rares où l'on n'a pu trouver aucune de ces manifestations antérieures.

---

(1) P. Segond. *Traité de chir.*, 1892, t. VIII, p. 548.

(2) Cullingworth, *In rev. méd. chir. d. mal. des femmes*. Paris, 1892, p. 672.

Ces faits se rapprochent de ceux où l'on a vu, chez des individus jusque là bien portants, une orchite tuberculeuse paraître dans des organes atteints auparavant d'une épididymite blennorrhagique.

A côté de ces causes on peut signaler toutes les autres bien connues : antécédents héréditaires, milieux où la contagion est plus facile, etc., que nous nous dispenserons d'énumérer.

Pour ce qui est de la fréquence, nous ne pourrions reproduire les statistiques relatives à la tuberculose des organes génitaux en général ; nous nous bornons à renvoyer aux auteurs que nous avons indiqués dans notre bibliographie. Nous en dirons seulement quelques mots se rapportant à la pelvi-péritonite tuberculeuse, notre principal sujet. Cependant nous dirons en passant que, d'après M. le professeur Cornil, sur 50 à 60 autopsies de femmes phthisiques, on rencontre une salpingite tuberculeuse ; et que, d'après Martin (1) sur 287 salpingites, 10 étaient tuberculeuses, soit 3,3 p. 100.

M. Brouardel nous dit que sur 45 cas de tuberculose des trompes on a trouvé 22 fois le péritoine tuberculeux. Dans tous les autres, où on trouve noté l'état du péritoine, on y rencontrait soit les signes d'une

---

(1) Martin. Cité par M. P. Riche. *Loc. cit.* p. 504.

péritonite en activité, soit d'anciennes inflammations, adhérences, brides, etc.

Les adhérences y étaient constantes.

Les ganglions mésentériques étaient dégénérés 6 fois.

Dans quelques observations on a trouvé en même temps des tubercules soit dans le cerveau, les méninges, l'intestin ou le rein, etc. Dans la tuberculisation simultanée de l'utérus et des trompes il y avait lésion du péritoine 19 fois.

Dans 12 observations le péritoine était sain.

Dans 10 de ces observations les trompes étaient seules tuberculeuses.

Pour M. Chéron (1) la pelvi-péritonite tuberculeuse serait très fréquente ; il s'exprime ainsi à cet égard : « Nous ne connaissons bien que depuis peu de temps les endométrites et les salpingites tuberculeuses primitives ; malgré cela les observations se multiplient et nous voyons que la tuberculose génitale sans lésions pulmonaires n'est pas une rareté. Nous sommes ainsi amenés à croire qu'un certain nombre de pelvi-péritonites chroniques, un dixième peut-être, ne sont pas autre chose que des pelvi-péritonites tuberculeuses.

---

(1) Chéron. *Loc. cit.* p. 589.

Puisque l'on rencontre environ trois à cinq salpingites tuberculeuses sur une cinquantaine de cas d'inflammation des annexes, il est probable qu'on doit trouver la même proportion entre les pelvi-péritonites tuberculeuses et les pelvi-péritonites dues à une autre cause. »

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

**Péritoine pelvien.** — D'après Kiwisch (1) la pelvi-péritonite tuberculeuse présenterait souvent la forme de l'hydro-péritonite. Bernutz croit cette forme très rare. -

En général, on peut distinguer deux formes anatomiques dans la pelvi-péritonite tuberculeuse : le péritoine peut être le siège d'inflammations adhésives, séreuses et même purulentes, ou être envahi lui-même non plus par l'inflammation seule, mais par la tuberculisation (Brouardel).

Ces formes se rapprochent de celles admises aujourd'hui dans les péritonites tuberculeuses généralisées, c'est-à-dire les formes miliaire-aiguë, chronique ulcéreuse et chronique fibreuse. La forme chronique étant celle qui nous intéresse chirurgicalement, la division

---

(1) Kiwisch. Cité par Bernutz. *Loc. cit.* p. 775.

qu'elle comporte ne serait peut-être point à dédaigner au point de vue du traitement.

Nous n'avons pas à décrire en détail l'anatomie pathologique de la pelvi-péritonite ; nous renvoyons aux traités des auteurs qui se sont occupés de la matière et surtout aux cliniques de Bernutz. Nous rappellerons seulement les dispositions suivantes :

La disparition des cavités anfractueuses normales du petit bassin ; ce fait anatomique est noté dans toutes les observations et c'est sur lui que tous les auteurs insistent. Cependant on peut trouver tous les degrés, depuis les simples adhérences jusqu'à la symphyse complète des organes du petit bassin, comme autant de phases dans l'évolution de la maladie. Cette sorte d'affection dont les manifestations inflammatoires ont pour caractère d'être successives, ont pour résultat la formation de ces adhérences autour des organes du petit bassin, rectum, vessie, etc., dont les fonctions en sont gênées. Les annexes de l'utérus sont transformées en des masses où quelquefois la dissection la plus minutieuse ne parvient pas à les faire séparer des organes voisins. M. Terrillon insiste beaucoup sur cette disposition qui gêne considérablement le chirurgien dans l'opération de la salpingectomie dans les salpingites tuberculeuses. Ces mêmes adhérences ont obligé quelquefois le chirurgien à laisser les annexes en place et la malade n'en a pas moins tiré un grand

bénéfice de l'opération ainsi que nous le verrons dans l'une de nos observations.

Enfin, dans cette forme, où les adhérences peuvent être considérées comme banales, résultant de la réaction du péritoine à une irritation, nous trouvons l'analogie de la forme chronique fibreuse de la péritonite tuberculeuse généralisée.

Dans la forme ulcéreuse de la pelvi-péritonite les néomembranes deviennent friables, envahies qu'elles sont par la tuberculose; on peut alors trouver des masses caséeuses et des collections puriformes dans leur épaisseur et dans les cavités qu'elles forment par leur cloisonnement. C'est alors aussi que l'on rencontre les ouvertures des abcès pelviens tuberculeux dans les organes voisins.

**Trompes et ovaires.** — D'après M. Daurios, la tuberculose miliaire aiguë n'a jamais été contractée au niveau des trompes. À l'état chronique on trouve :

Le plus souvent, la trompe dilatée, plus ou moins bosselée et volumineuse; de couleur jaunâtre due à l'infiltration caséeuse de la paroi; sa consistance est en général dure et homogène, selon M. Terrillon. M. Brouardel la compare à un cordon moniliforme qui par le toucher rectal donnerait la même sensation que les vésicules séminales distendues par la matière

tuberculeuse. Souvent la surface péritonéale est parsemée de granulations transparentes, ou de petits nodules jaunâtres indiquant une dégénérescence caséeuse. Les parois sont épaissies et la lumière du conduit dilatée. La surface de la muqueuse est couverte d'une sorte de magma tuberculeux.

Il s'agit alors de tuberculose ancienne de la trompe. Lorsque les lésions sont plus localisées, le pavillon seul est malade et les granulations plus rapprochées de leur début; alors on peut voir des granulations sur la surface péritonéale de la trompe, qui au lieu de pus caséeux peut contenir un liquide louche verdâtre. Dans ce cas, les follicules tuberculeux qui infiltrèrent les parois, n'ont pas encore subi la fonte caséeuse.

Dans le cas de MM. Pilliet et Guitton (1) la trompe présentait une partie flexueuse adhérente à l'utérus, dans laquelle son calibre était très rétréci, et une portion plus large dans laquelle elle atteignait le volume du pouce. Sa cavité assez réduite ne contenait pas de pus, mais était couverte de végétations arrondies muriformes d'un rouge sombre.

Quand la lésion aboutit au pyo-salpinx les lésions macroscopiques sont semblables à celles des pyo-salpinx ordinaires.

Les modifications de la muqueuse sont celles des salpingites ordinaires.

---

(1) Pilliet et Guitton, *Progrès méd.* 1893, p. 145.

Les lésions histologiques ne diffèrent pas, comme constitution élémentaire, des lésions tuberculeuses que l'on rencontre dans d'autres points de l'économie. Ces lésions aboutissent au pyo-salpinx dont la poche contiendra soit de la matière caséuse, soit du liquide grumeleux.

On trouve donc, comme lésions histologiques, des cellules géantes dans les villosités et dans les végétations hypertrophiques de la muqueuse; des follicules tuberculeux dans les sommets où la base des villosités et dans la paroi fibro-musculaire hypertrophiée du conduit. C'est dans la muqueuse que la tuberculose débute, et c'est là, par suite, qu'on trouve les lésions les plus avancées (Delbet).

Pour ce qui est des bacilles, leur recherche dans les coupes de la trompe est très laborieuse et souvent négative. M. le professeur Cornil en a trouvé dans un cas sur trois qu'il avait examinés jusqu'en 1889. D'autres auteurs n'en ont jamais trouvé; quelques-uns ont fait des recherches positives. Pour notre part, nous avons essayé de chercher des bacilles dans les coupes d'une trompe tuberculeuse qui nous ont été données par M. le docteur Thirolaix, et malgré nos multiples préparations nous n'avons pu en trouver. Les inoculations pratiquées avec les produits tuberculeux des trompes donneraient peut-être des résultats plus démonstratifs.

Quant à la tuberculose de l'ovaire, elle accompagne assez souvent celle de la trompe. On le trouve accolé à la trompe par des tractus fibreux ; quelquefois il est difficilement reconnaissable se trouvant perdu dans les fausses membranes ; il est généralement atrophié. Il peut être recouvert de granulations tuberculeuses, infiltré de follicules ou être transformé en de vastes abcès caséux, communiquant ou non avec la trompe. Dans deux des opérations pratiquées par M. Terrillon pour salpingite tuberculeuse il a trouvé de vastes abcès tuberculeux de l'ovaire, tandis que la trompe contenait seulement des débris caséux. M. Terrillon en conclut, qu'il a la conviction que l'altération tuberculeuse de l'ovaire est plus fréquente qu'on ne l'a prétendu surtout dans les cas anciens.

L'utérus est souvent atteint par la propagation de la tuberculose de la trompe ; on y trouve fréquemment des granulations dans le fond, et quelquefois à la surface interne du corps. Selon M. Terrillon la tuberculose, qui a son point de départ dans la trompe, semble se propager à l'utérus par sa continuité.

Il est presque de règle de trouver des granulations tuberculeuses sur la partie du ligament large recouvrant la trompe. La tuberculose peut rester limitée à la trompe, ainsi que le démontre M. le professeur Cornil

qui nous apprend que sur 30 ou 35 autopsies où on a constaté de la salpingite tuberculeuse le poumon y pouvait être considéré comme à peu près sain.

Cela nous montre que la tuberculose peut rester dans la trompe comme une manifestation primitive de l'infection au même titre que l'orchite tuberculeuse chez l'homme, sans lésions pulmonaires. Mais dans ces cas, la femme étant sous le coup d'une propagation de la tuberculose au péritoine ou à d'autres organes, l'indication paraît formelle de faire la salpingectomie alors que les lésions sont encore localisées, de même que les chirurgiens n'hésitent pas à enlever le testicule tuberculeux dans des circonstances pareilles.

Enfin, pour terminer ce résumé anatomo-pathologique, nous rappellerons la solidité des adhérences fibreuses qui unissent les annexes de l'utérus aux organes voisins. Cet épaissement énorme des tissus inflammatoires périphériques, est considéré par M. Terrillon comme un caractère spécial à la salpingite tuberculeuse, caractère qui la distingue du pyo-salpinx, d'une autre origine qui possède, au contraire, des parois assez lâchement unies aux parties voisines et permettent d'enlever facilement la poche purulente au cours de l'opération.



## SYMPTOMES

---

Dans ce chapitre nous décrirons d'abord les symptômes se rattachant à la réaction du péritoine pelvien pour terminer par ceux qui correspondent en propre à la salpingite tuberculeuse.

Nous ne pourrions pas ici scinder la description, étant donnés les rapports intimes qui existent entre la salpingite et la pelvi-péritonite tuberculeuse, et que même lorsque l'invasion péritonéale a pu être considérée comme la première en date, le toucher a démontré cliniquement l'existence d'une salpingite; quoique celle-ci ait été au cours de l'opération reconnue jusqu'à un certain point comme un phénomène morbide accessoire, l'intervention ayant été dirigée plutôt contre la péritonite que contre la salpingite qui avait décidé l'opération. Il existe des symptômes communs aux deux affections et, dans la majorité des cas,

la pelvi-péritonite est inséparable cliniquement de la salpingite tuberculeuse.

Nous nous efforcerons cependant de faire ressortir l'importance des phénomènes péritonéaux que nous décrirons d'abord, réservant pour plus tard, lorsque nous aborderons l'examen local, l'étude des symptômes propres de la salpingite tuberculeuse.

**Symptômes péritonéaux.** — Le péritoine a été appelé par Béhier un voisin quinquex et M. Brouardel dit : « le péritoine est le véritable réactif de l'état pathologique des organes génitaux ; c'est par l'extension de l'affection à cette membrane que notre attention se trouve fixée sur ces organes. » C'est en effet le plus souvent lorsque les symptômes de pelvi-péritonite se manifestent que la malade se fait examiner.

Nous ne saurions nous hasarder à affirmer si les formes de pelvi-péritonite tuberculeuse que nous avons esquissées dans notre chapitre de l'anatomie pathologique, par analogie de ce qui se passe dans la péritonite tuberculeuse généralisée, pourraient être regardées comme telles ; il se pourrait au contraire que ce ne fussent que des périodes d'évolution de la maladie, c'est-à-dire que les phénomènes ascitiques et l'époque d'adhérences fibreuses constitueraient un premier stade, qui finirait lui-même par aboutir au stade ulcé-

reux. Néanmoins comme on a cité quelques exemples de guérison de la pelvi-péritonite tuberculeuse par *transformation des produits pathologiques*, (1) on serait autorisé à supposer l'existence d'une forme fibreuse au même titre que dans la péritonite tuberculeuse généralisée, à évolution égale par conséquent.

Quoi qu'il en soit, nous suivrons dans notre exposé l'ordre qui se présente en clinique.

Souvent la pelvi-péritonite tuberculeuse survient à une période avancée de la tuberculose pulmonaire, celle-ci dominant alors la scène pathologique ; dans bien des cas elle passe alors inaperçue et ne présente, d'ailleurs, qu'un faible intérêt pour le chirurgien. Cependant quelques phénomènes tels que douleurs dans les jambes, difficultés dans la défécation, etc., pourront amener le chirurgien à porter son attention du côté du ventre.

Ce sont surtout les cas où la tuberculose génitale précède l'éclosion de la tuberculose pulmonaire, ou tout au moins où ces deux affections existent sur le même plan, qui doivent nous occuper.

Le sujet de notre travail et l'importance de l'affection nous feraient souhaiter de donner de la pelvi-péritonite tuberculeuse une description symptomatique plus nette

---

(1) Kiwisch. *In thèse Brouardel.*

que celle que nous allons esquisser. Malheureusement on n'a pas beaucoup ajouté aux anciennes descriptions auxquelles nous allons nous reporter.

D'après Kiwisch (cité par Bernutz), la pelvi-péritonite tuberculeuse présenterait ordinairement les caractères qu'offre l'hydro-péritonite des enfants affectés de carreau, c'est-à-dire qu'elle donnerait d'abord une sensation de fluctuation plus ou moins nette, puis celle de bosselures dures, inégales, sur lesquelles arriverait le doigt explorateur après avoir repoussé le liquide. M. Bernutz en a observé un fait.

En nous inspirant des descriptions des auteurs et nous aidant de trois de nos observations qui nous sont personnelles nous pourrions, d'après l'explication que nous en avons donnée dans notre introduction, assigner à la pelvi-péritonite tuberculeuse deux formes cliniques : une forme aiguë et une forme chronique. Nous admettrons, dans cette dernière, deux subdivisions ; la première caractérisée par son début aigu et la seconde caractérisée par son début chronique d'emblée.

**Forme aiguë.** — La maladie peut débiter avec l'ensemble symptomatique d'une maladie générale ; avec des phénomènes typhoïdes, de la fièvre intense, de vomissements, de la diarrhée, un peu de ballonnement du ventre accompagné de douleurs vives s'irradiant à d'autres points. L'examen direct est très diffi-

cile à cause des douleurs, mais progressivement et d'une façon délicate on pourra arriver à percevoir une sorte de plastron plus ou moins induré, à contours diffus, se prolongeant dans l'une des fosses iliaques avec une espèce d'empâtement difficile à percevoir.

« Le toucher est très douloureux, le vagin généralement chaud, il n'existe pas de tumeur nette dans les culs-de-sac mais ils sont effacés, très douloureux et empâtés. Cet empâtement peut occuper un cul-de-sac et embrasser le col en forme de croissant (Fernet) ou bien il peut exister tout autour de l'utérus avec prédominance dans les ligaments larges (Dalché). Par le palper bi-manuel on peut mieux percevoir ces signes. » (1)

Nous avons dit que les allures de cette forme sont celles d'une maladie générale grave. La malade peut succomber plus ou moins vite dans le collapsus. A l'autopsie on constate que la seule lésion tuberculeuse ancienne de l'organisme réside dans les trompes ou dans les ovaires. Selon M. Daurios, ce mode d'évolution s'observe surtout chez l'enfant, mais aussi on peut rencontrer une évolution semblable chez l'adulte.

Les symptômes généraux et locaux décrits ci-dessus sont ceux assignés par M. Daurios à la forme aiguë de

---

(1) Daurios, *Loc. cit.*, p. 94.

la salpingite tuberculeuse qu'il décrit. Nous n'y voyons, au contraire, que tous les symptômes d'une pelvi-péritonite aiguë. D'abord, les foyers caséux des annexes qui ont déterminé l'invasion du péritoine sont restés silencieux pendant longtemps et c'est précisément alors que ce foyer était localisé, que le diagnostic de salpingite ou de salpingo-ovarite tuberculeuse non pas aiguë mais chronique aurait dû être posé. Mais lorsque les phénomènes péritonéaux seuls, ou coexistant avec d'autres dus à l'invasion des tubercules, prédominent, il nous semble que la dénomination de salpingo-ovarite tuberculeuse aiguë est inexacte et que, au contraire, celle de pelvi-péritonite tuberculeuse aiguë répond mieux aux faits. D'ailleurs, l'auteur lui-même en convient; ainsi qu'on peut en juger par le passage suivant :

« Il ressort de cette description que dans sa forme aiguë la salpingo-ovarite tuberculeuse est manifestement compliquée de pelvi-péritonite, et que ce sont les symptômes de cette dernière affection qui dominent. En sorte que les lésions tubo-ovariennes sont très difficiles à diagnostiquer et il est dans la majorité des cas impossible de savoir qu'elle a été le point de départ de l'empâtement qui remplit les culs-de-sac. Mais sous l'influence d'un traitement approprié (repos, onctions belladonnées, cataplasmes, etc.), il n'est pas rare de voir un amendement des signes inflammatoires

péritonéaux qui permettra un examen plus précis des annexes. Au bout d'un à deux mois (Sécheyron, Dalchè, Vernet, Courty) les symptômes généraux s'amendent et les tumeurs tuberculeuses des annexes se présentent comme dans la forme chronique. »

Nous reproduisons l'observation suivante qui offre une certaine analogie avec la description que nous venons de donner.

## OBSERVATION I

### **Tuberculose des trompes. Péritonite consécutive.**

(A. Cayla. *Bull. soc. anat.*, Par., 1881, p. 350-352).

Femme, 22 ans, domestique, entrée à l'hôpital Cochin le 9 février 1881, service de M. le D<sup>r</sup> Robert-Moutard-Martin.

Antécédents de bonne santé. Pas d'antécédents ni directs ni collatéraux. Entre à l'hôpital pour des crises d'hystérie; état général assez satisfaisant. Deux mois après, 9 avril, elle est prise de saignements de nez, de diarrhée et d'abattement; peau chaude et humide. On songe tout d'abord à une fièvre typhoïde. Râles de congestion pulmonaire aux deux bases; la température présente les oscillations de la fièvre typhoïde 39°5, 40°. On ne constate qu'une tache d'un aspect douteux.

Le 10 avril, 4 selles diarrhéiques, bilieuses; tache disparue. Les règles qui devaient arriver ont manqué. Un vomissement le 21. Les vomissements persistent les

jours suivants ; verdâtres, se font sans efforts et reviennent fréquemment.

Le 24 avril, ventre ballonné, douloureux à la pression, respiration gênée ; pas d'ascite. Inappétence absolue, urines rares, très chargées. La malade prétend n'avoir uriné depuis plusieurs jours. On ne retire avec la sonde que quelques gouttes d'urine très rouge.

Les jours suivants l'état de la malade empire, les douleurs abdominales deviennent plus vives, le météorisme augmente ; à la région du flanc gauche on remarque un réseau veineux sous-cutané ; à la palpation le ventre donne une sensation de mollesse et de résistance toute spéciale. La paroi déprimée est comme élastique, on ne sent pas les anses intestinales. Le 18 mai, délire toute la nuit ; la maigreur a fait des progrès très rapides ; le corps s'émacie à mesure que le ventre augmente de volume. La malade ne prend aucune nourriture, tourmentée qu'elle est par des vomissements incessants, porracés, et par la diarrhée continuelle. — Légère teinte subictérique des conjonctives. — Les accidents s'aggravent ; le délire dure toute la nuit et la malade meurt dans le collapsus, après 40 jours de maladie.

Autopsie le 20 mai, 36 heures après la mort. On a de la peine à détacher la paroi abdominale du grand épiploon à cause des adhérences nombreuses. Le grand épiploon est épaissi, grisâtre, vascularisé par places ; on voit un certain nombre de granulations disséminées sur toute son étendue ; il adhère aux parois du petit bassin (bord inférieur) et aux flancs (bords latéraux). A ce niveau on trouve de fausses membranes épaisses, blanchâtres, reliant les anses intestinales à la paroi abdominale. Le péritoine pariétal est épaissi au niveau des flancs.

En enlevant le grand épiploon on remarque les anses intestinales distendues considérablement et vides. Sur leur surface on voit une quantité innombrable de granulations claires, de deux millimètres de diamètre environ.

Le diaphragme est fortement repoussé du côté de la poitrine. La cavité thoracique est réduite à de minimes dimensions. On trouve partout des adhérences et vascu-

larisation de la séreuse péritonéale avec le foie ; cet organe est augmenté de volume et a les caractères, à la coupe, du foie gras ; son tissu est peu résistant.

Le péritoine pelvien est remplacé par une couche épaisse de fausses membranes grises, lardacées, recouvrant tous les organes contenus dans le petit bassin. Le cul-de-sac utérin contient quelques détritux membraneux grisâtres. Ascite peu abondante ; liquide jaune citrin, un peu louche. On trouve quelques arborisations vasculaires dans la muqueuse vésicale.

L'utérus est sain. Les ligaments larges, épaissis ; dans l'ovaire on ne trouve aucune lésion à la coupe ; il est entouré d'une coque fibreuse blanchâtre, d'un millimètre d'épaisseur, assez résistante. Les trompes sont augmentées de volume de même que leur pavillon ; elles sont difficilement reconnaissables au milieu des fausses membranes gris-rougeâtre qui les enveloppent ; à la coupe les trompes présentent une apparence flexueuse, leur diamètre atteint six millimètres, leur cavité est remplie d'un magma caséeux ; il en est de même du pavillon.

Les poumons sont petits, mais sains ; ils sont seulement congestionnés en arrière. Les plèvres présentent des adhérences en quelques points. Méninges, cerveau et cœur sains.

*Remarques de l'auteur :* « Réflexions. C'est donc un nouveau cas de tuberculose génitale avec péritonite consécutive, à ajouter à ceux connus depuis les travaux de MM. Bernutz et Brouardel. Nous insistons sur ce fait, parce qu'il est en opposition avec la loi formulée par Louis. Cette malade, atteinte d'une tuberculose des trompes, a succombé en effet à l'extension de l'inflammation au péritoine sans que les poumons, pas

plus que les autres organes, aient présenté aucune des lésions dues à cette diathèse. »

Dans cette observation où il n'est pas question de toucher vaginal, qui aurait peut-être donné des renseignements utiles, la salpingite tuberculeuse est restée silencieuse pendant longtemps, et si à cette époque la malade s'était plainte de son ventre, il est évident qu'on aurait fait le diagnostic de salpingite chronique, simplement ; de plus, lorsque la péritonite apparut, si l'attention du médecin eût été portée du côté du ventre, on n'aurait peut-être pas fait le diagnostic de salpingite aiguë, ainsi que le voudrait la description donnée par M. Daurios, de cette dernière maladie.

Nous reproduisons aussi l'observation suivante, empruntée au mémoire de M. Talamon, qui nous démontre que la pelvi-péritonite tuberculeuse peut passer inaperçue lorsque l'infection s'est généralisée.

M. Talamon, après quelques considérations sur la tuberculose des organes génitaux de la femme, envisage le point suivant qui vient à l'appui de notre façon de voir : « ..... S'il est vrai en effet que l'existence de masses caséeuses et de lésions tuberculeuses avancées dans le parenchyme des ovaires est une exception, il n'est pas absolument rare de rencontrer chez les petites filles, qui meurent de tuberculose

généralisée, de fines granulations miliaires grisâtres, demi-transparentes, grosses comme des têtes d'épingles, disséminées en très petit nombre à la surface du péritoine pelvien plus spécialement, au niveau de l'ovaire ou de la face antérieure ou postérieure de l'utérus, et cela sans que le reste de la séreuse abdominale présente la moindre apparence de granulation tuberculeuse. Nous avons eu l'occasion de constater plusieurs fois ce fait dans les autopsies que nous avons pratiquées à l'hôpital Sainte-Eugénie. — Ce semis discret de tubercules miliaires peut-il devenir l'origine d'accidents locaux plus graves ? Peut-il s'étendre à tout le péritoine du petit bassin et s'accompagner d'une inflammation isolée de cette partie de la séreuse, déterminer en un mot, une péritonite tuberculeuse pelvienne, comparable à la péritonite tuberculeuse vulgaire, mais restant limitée au voisinage des organes génitaux ? C'est là une question à laquelle il est difficile de répondre faute de documents ; le fait suivant que nous avons observé dans le service de notre maître, M. le Dr Triboulet, semble toutefois venir à l'appui de cette manière de voir. »

OBSERVATION II. — C. TALAMON, OBS. I (1)

(Résumé.)

« T... (Marie), âgée de 6 ans, entre le 17 avril 1878 à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Triboulet, avec les symptômes d'une méningite tuberculeuse à la deuxième période. On constatait en même temps les signes d'une induration pulmonaire des deux sommets, matité expiration soufflante. Aucun phénomène n'attirait l'attention du côté du bas-ventre. L'abdomen plat, excavé, flasque à la palpation comme il est de règle dans la méningite tuberculeuse; il était, en outre, un peu douloureux à la pression mais à peu près également en quelque point qu'on appuyât. Constipation. Deux vomissements, l'un la veille, l'autre l'avant-veille. Pouls lent, irrégulier. Température 37°2 dans le rectum. Il n'y avait, en un mot, rien dans l'état actuel qui pût faire soupçonner quelque altération du péritoine. Les renseignements, fournis par la mère, nous apprennent cependant, que l'enfant avait été soignée, quatre mois auparavant, pour une maladie que le médecin avait regardée comme une inflammation de la vessie. Les symptômes qu'elle donnait de cette maladie étaient d'ailleurs très vagues, de la fièvre à redoublement vespéral, des douleurs dans le ventre, des alternatives de diarrhée et de constipation, un amaigrissement et un dépérissement progressifs depuis cette époque, toutes choses qui pouvaient être justement rapportées à l'évolution de la tuberculose. Les phénomènes abdominaux avaient dû présenter pourtant quelque chose de spécial puisqu'ils avaient paru au médecin pouvoir être attribués à une inflammation de la vessie, mais sur ce point les renseignements précis font défaut.

---

(1) C. Talamon. Sur un cas de pelvi-peritonite tuberculeuse avec tubercules des ovaires et métrite suppurée chez une petite fille de 6 ans. *Ann. de Gynéc.* Paris, 1878 ix p. 416-428.

Quoi qu'il en soit, au moment où l'enfant entra au service, la lésion méningée attirait seule l'attention et dominait la situation. Evolution classique et rapide de la méningite. Au bout de six jours convulsions et mort le lendemain dans le coma.

Autopsie faite 24 heures après la mort. On trouve les lésions de la méningite tuberculeuse. Dans le thorax, adhérences pleurales, infiltration de tubercules aux deux poumons ; une petite caverne à droite.

Abdomen. Dans l'intestin, toutes les plaques de Peyer sont le siège d'ulcérations. Dans le cœcum, une seule ulcération.

Le péritoine abdominal est sain ; on n'y voit en aucun point, ni exsudat ni tubercules. Les anses intestinales sont libres. C'est en arrivant au niveau du détroit supérieur qu'on constate l'existence d'adhérences cellulenses qui réunissent une anse du petit intestin à l'S iliaque et à la vessie. Ces adhérences peu résistantes, dissociées avec le doigt, on tombe sur une poche remplie de matière purulente et formée par le cul-de-sac recto-utérin dilaté. Cette poche est limitée en arrière par le rectum, en avant par la vessie et l'utérus, latéralement par les parois de l'excavation pelvienne, en haut par l'S iliaque et l'anse intestinale formant couvercle. Le péritoine fortement épaissi sur tous ces organes, de coloration noirâtre, tapissé d'exsudats épais de consistance et d'apparence caséuse. Le contenu de la poche est un liquide purulent, épais, en quantité assez notable, deux cuillérées à bouche. Aucune perforation intestinale. On cherche donc la cause de ces lésions dans les organes génitaux ; on y trouve en effet des lésions remarquables. D'abord, la vessie est saine. L'utérus, triplé ou quadruplé de volume, fait saillie dans le petit bassin sous forme d'une poche arrondie, fluctuante, à parois minces, du volume d'une grosse noix. L'orifice cervical oblitéré. L'utérus incisé, on constate que cette poche est formée par la cavité dilatée du corps et de la majeure partie du col qui n'est plus représenté que par un petit tubercule, de deux à trois millimètres d'épaisseur. Le contenu est un liquide vert clair, fluide

visqueux semblable à du muco-pus ; par de matières caséeuses sur les parois de l'utérus. Pas d'ulcérations ni tubercules dans la muqueuse. Ovaires entourés d'exsudats épais caséeux ; ils sont indurés, bosselés, gros comme les ovaires d'une jeune fille adulte ; à la coupe ils sont entièrement transformés en matière caséeuse jaunâtre. Les trompes sont oblitérées.

L'examen microscopique fut fait par M. Doléris. A la coupe des ovaires, noyaux caséeux caractérisés par un processus tuberculeux avancé.

La partie des trompes connexe à l'ovaire présente une dégénération tuberculeuse de la muqueuse sur une longueur de 4 à 5 millimètres ; elle est épaissie par une infiltration embryonnaire de toutes les tuniques, tandis que la portion voisine de l'utérus a conservé sa structure normale. L'utérus est sain. Les fausses membranes péritonéales sont constituées par des néo-formations tuberculeuses caséifiées.

Il s'agit donc bien, comme on le voit, d'une péritonite chronique suppurée présentant les caractères de la péritonite tuberculeuse ordinaire mais limitée au cul-de sac recto-utérin, et en rapport avec une tuberculisation de l'appareil génital. La péritonite suppurée circonscrite existe chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte. »

Pour ce qui est de la nature du liquide trouvé dans l'utérus, l'auteur, après plusieurs considérations, sur ce sujet, fondées sur onze autres observations publiées dans son mémoire, conclut ainsi : « Il ne s'agit vraisemblablement dans notre cas, au moins, que de produits de sécrétion muco-purulente retenus dans la cavité utérine après oblitération du col. »

Il est à remarquer, dans cette même observation,

l'intégrité de l'utérus, l'intégrité de la plus grande partie des trompes voisine de l'utérus et la dégénération tuberculeuse des trompes dans une étendue relativement minime, seulement de la partie connexe à l'ovaire.

Cette observation aurait mieux trouvé sa place après notre description de la pelvi-péritonite tuberculeuse chronique, mais nous avons tenu à la placer ici parce que l'affection abdominale n'a été reconnue qu'à l'autopsie, cachée qu'elle était, du vivant de la malade, par les symptômes, à prédominance méningitique, d'une infection tuberculeuse presque généralisée.

**Forme chorique à début aigu.** — Dans cette forme qui rappelle par son invasion le début d'une maladie générale, tantôt les malades accusent dans leurs antécédents une affection des organes génitaux telle qu'une métrite, une blennorrhagie, (V. notre obs. n° III) ou une pelvi-péritonite puerpérale ou blennorrhagique ; tantôt la pelvi-péritonite tuberculeuse se montre d'emblée.

Dans l'un et l'autre cas, les malades peuvent éprouver d'abord des troubles de la menstruation (aménorrhée, disménorrhée, irrégularité des règles, etc.),

lencorrhée, prodromes de l'affection qui se prépare en symptômes restants de l'affection antérieure, non encore éteinte. Jusque-là, l'état général a pu rester assez satisfaisant; la malade vague à ses occupations jusqu'au jour où elle est prise subitement des symptômes aigus de pelvi-péritonite à l'occasion d'une fatigue, d'un voyage, par exemple.

Le début est alors brusque, des frissons, de la fièvre, des nausées, les vomissements ne sont pas constants (notre malade obs. III n'en a pas eu), du ballonnement du ventre : « Mon ventre a gonflé tout d'un coup », nous dit notre malade à laquelle nous faisons allusion. Des douleurs très vives surviennent dans le ventre, ou bien il y a exacerbation de celles qui existaient auparavant, vestiges de l'affection première; ces douleurs s'irradient dans les reins, les parties internes des cuisses, l'anus. Il y a de la constipation. Rien dans le début ne peut faire distinguer une pelvi-péritonite franche d'une pelvi-péritonite tuberculeuse. Ce qu'il y a de spécial c'est que l'inflammation naît chez un tuberculeux ou scrofuleux, et qu'au lieu de marcher rapidement vers la suppuration ou vers la guérison, elle s'éternise et reste stationnaire (Brouardel). C'est dans ces conditions que la malade appelle le médecin.

Peu de jours après, une rémission s'observe, les symptômes s'amendent et déjà l'on peut être certain que l'inflammation restera limitée à l'excavation pel-

vienne (Siredey et Danlos) (1). Cette première poussée de pelvi-péritonite peut rester seule, si alors la malade consulte le chirurgien, et que celui-ci intervient. Dans le cas contraire, il survient bientôt une nouvelle poussée inflammatoire plus ou moins semblable à la première, de sorte que, d'après M. Brouardel, on ne peut savoir si la tumeur entre définitivement en résolution ou si elle marche à la suppuration. MM. Siredey et Danlos acceptent ce mode de terminaison comme des plus fréquents et s'observant surtout dans le cas de suppuration des ovaires. Dans certains cas, la suppuration s'établit rapidement.

M Brouardel nous dit que quand ces attaques successives de pelvi-péritonite, ces bouffées d'inflammation aiguë, comme il les appelle, ont lieu, il faut craindre la nature tuberculeuse. De sorte que la tumeur que forme la collection péritonéale, diminue lentement, puis augmente, et chaque augmentation est accompagnée de nouveaux accidents généraux. Alors même que tout fait croire à une résolution prochaine et qu'il ne reste que des noyaux indurés qui persistent quelquefois des mois même lorsque la péritonite a paru franche, tout à coup une nouvelle poussée de pelvi-péritonite se développe sans cause appréciable.

Ces pelvi-péritonites à répétition nous les retrouvons à propos des symptômes de la salpingite tuberculeuse.

---

(1) Siredey et Danlos. *Dict. de Jaccond*, tom. 26, p. 776.

### OBSERVATION III (1)

#### **Pelvi-péritonite tuberculeuse**

M<sup>me</sup> B. . . . , 29 ans, ancienne couturière, actuellement sans profession, est entrée à l'hôpital international, service du docteur Péan, le 1<sup>er</sup> octobre 1893.

Mère bien portante. Père mort à 56 ans de gastrite (?). Un frère mort de tuberculose pulmonaire.

Réglée à 14 ans irrégulièrement d'abord, mais au bout de quelques mois ses règles ont toujours paru tous les mois régulièrement et sans douleurs. Mariée depuis quelques années ; son mari est bien portant.

A 13 ou 14, ans bronchite qui dura 15 jours environ ; depuis cette époque elle tousse un peu de temps en temps.

En 1890, il y a 3 ans, elle fut atteinte d'une pleurésie du côté gauche avec épanchement considérable. Sa santé ne s'en est remise qu'au bout d'une année, bien que l'année suivante sa santé ait été assez délicate.

Passe très bien l'année de 1892, sans aucun trouble ni du côté de l'abdomen ni du côté de la poitrine. N'a jamais craché de sang.

Vers la fin de mars de cette année, elle est atteinte d'une métrite de nature très probablement blennorrhagique, d'après les renseignements recueillis, en même temps qu'elle est prise de douleurs dans le côté droit du ventre, douleurs qui n'ont jamais tout à fait disparu. Elle fut alors soignée pour cette métrite par son médecin ; elle avait en même temps de la leucorrhée qui n'a pas persisté.

Pas d'enfants, ni de fausses couches, n'a jamais été non plus, en dehors de l'époque de sa métrite, l'objet d'aucune exploration ayant portée sur ses organes génitaux.

---

(1) Nous devons les détails cliniques de cette observation à l'obligeance de M. le docteur E. Delaunay.

Amaigrissement notable depuis un an.

Il y a six semaines, vers le milieu du mois d'août, étant en promenade à la campagne, elle fut prise dans la soirée subitement de frissons, de sueurs abondantes et de fièvre ; ses douleurs du côté droit du ventre, qui n'avaient pas disparu entièrement, augmentèrent considérablement en même temps que tout le bas-ventre devint très douloureux. L'abdomen augmenta subitement et considérablement de volume obtenant son maximum de grosseur en quarante-huit heures environ. La malade nous dit textuellement : « mon ventre gonfla tout à coup. » Pas de vomissements à aucune époque.

Elle revint à Paris au bout de quelques jours, son ventre avait diminué progressivement de volume, si bien qu'au moment où nous examinons cette femme l'ascite passe inaperçue.

A son arrivée à l'hôpital la malade ne consulte que pour ses douleurs abdominales.

*Etat actuel, 1<sup>er</sup> octobre.* — Lorsqu'on examine la malade on constate d'abord, par l'inspection, un amaigrissement notable. Pas de fièvre ni de sueurs nocturnes. L'appétit a considérablement diminué. Il y a de la constipation ; jamais de diarrhée.

A l'auscultation on trouve seulement quelques nuances qui font douter de l'intégrité parfaite des sommets, mais il faut avouer qu'on n'y a pas trop attentivement porté l'exploration comme il l'eût fallu. Un peu de toux sèche, quinteuse, qui ne gêne pas beaucoup la malade ; pas de douleurs du côté de la poitrine.

L'examen local est fait par M. le Dr Delaunay, ancien interne des hôpitaux et chirurgien dans cet hôpital.

La palpation du ventre est indolore et la pression au niveau des annexes n'est sensible qu'à gauche. Le toucher fait voir l'utérus en antéflexion, légèrement fixé. Dans le cul-de-sac latéral gauche et accolée à l'utérus, dont elle est cependant séparée par un sillon dans lequel on peut introduire l'extrémité du doigt, on trouve une tumeur du volume d'un petit œuf de poule ; cette tumeur est irrégulière, bilobée, adhérente au pelvis et ne peut être que

difficilement mobilisée. Par le palper bi-manuel on ne sent pas de fluctuation et aucun point de la tumeur ne paraît plus dépressible que les autres. A droite on trouve, à l'union du cul-de-sac latéral et du cul-de-sac postérieur, une tumeur du volume d'une noix, accolée à l'utérus et également adhérente au pelvis. Rien dans le cul-de-sac postérieur.

On porte le diagnostic de salpingo-ovarite double avec lésions plus marquées à gauche; on suppose même qu'à cet endroit on se trouve en présence d'une ancienne lésion suppurée des annexes ayant laissé, après résorption du pus, une trompe parenchymateuse. En tenant compte des annamnestiques on n'hésite pas à penser que la blennorrhagie a été le point de départ de ces accidents.

*Opération.* — La laparotomie est pratiquée le 4 octobre par M. Delaunay.

Incision de huit centimètres. Au moment où l'on arrive sur le péritoine pariétal on voit qu'il est considérablement épaissi et qu'il présente une coloration brun noirâtre. On incise avec les plus grandes précautions de peur d'adhérences possibles avec une anse intestinale. Une fois l'incision faite il s'écoule de l'abdomen du liquide ascitique dont la quantité peut être évaluée à deux verres environ. On remarque alors que les anses intestinales, agglutinées, sont couvertes d'un semis de granulations tuberculeuses; il en est de même du péritoine pariétal. Ces lésions sont plus marquées au niveau du petit bassin. Lorsqu'on introduit la main pour aller à la recherche des annexes, on s'aperçoit que le fond de l'utérus est également grannuleux et que les anses intestinales forment avec les annexes une masse tellement compacte et si solidement adhérente qu'il est impossible de les séparer. On se décide alors à laisser les annexes en place et à faire un lavage de la cavité abdominale à l'eau boriquée chaude, à 3 p. 100; on y fait passer environ six litres d'eau. Drainage du cul-de-sac postérieur par le procédé de Mickulicz; fermeture du ventre par trois plans de suture en surjet au catgut.

Les suites de l'opération sont excellentes ; la température oscille aux environs de 37° ; le Mickulicz est retiré le deuxième jour.

Quatre ou cinq jours après l'opération la malade dit se trouver bien mieux et être en mesure de pouvoir se retourner dans son lit sans éprouver de douleurs dans le ventre, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant.

La malade quitte l'hôpital le 22 du même mois, seize jours après l'opération, considérablement améliorée.

*Réflexions.* — Cette observation nous paraît intéressante au triple point de vue du diagnostic, de la pathogénie et du traitement de l'affection.

La péritonite tuberculeuse aurait-elle pu être diagnostiquée ? Nous le croyons, surtout si on avait tenu un compte un peu plus grand des antécédents héréditaires et personnels et si l'examen des sommets avait été fait plus attentivement. Nous faisons cependant remarquer que le diagnostic de la nature de l'affection n'aurait en aucune façon modifié l'intervention chirurgicale.

Nous tenons aussi à faire remarquer le début brusque des phénomènes péritonéaux, début qui justifie la séparation clinique de ce cas de ceux où le début en est insidieux.

A côté de ces considérations qui n'ont qu'un intérêt rétrospectif s'en place une autre beaucoup plus importante.

Se trouve-t-on ici en présence d'une péritonite tuberculeuse d'emblée avec des lésions des annexes de même nature, ou est on au contraire en présence d'une lésion péritonéale consécutive à une affection blennorrhagique des annexes ; ou, en d'autres termes, une salpingo-ovarite de nature blennorrhagique ou autre ? Peut-elle sur un terrain évidemment favorable créer un lieu de moindre résistance et être une cause d'appel à la localisation tuberculeuse ? C'est une question que nous n'avons point la prétention de résoudre d'un trait de plume, mais si nous examinons l'évolution de la maladie nous sommes frappés de ce fait que tout le temps où la vie génitale a été peu active, la santé est restée excellente, aucune manifestation tuberculeuse ne s'est montrée du côté de l'abdomen. En effet, la malade jouit d'une excellente santé pendant l'année d'intervalle qui s'écoule dès la fin de la longue convalescence de sa pleurésie jusqu'à l'époque où apparaît sa métrite, et ce n'est que quatre mois et demi après le début de cette métrite qu'elle fut prise subitement de pelvi-péritonite.

En présence de cette lésion, quelle était la conduite à tenir ? Devions-nous, coûte que coûte, isoler les annexes et les enlever ? Nous ne l'avons pas cru. Il nous a semblé, au contraire, qu'il valait mieux ne pas provoquer dans le petit bassin un traumatisme violent ni prolonger une opération où rien n'était moins sûr

que l'ablation totale des lésions annexielles. D'ailleurs, les événements semblent nous avoir donné raison. Les suites opératoires ont été excellentes ; la santé générale s'est améliorée dans de notables proportions et les douleurs abdominales ont presque entièrement disparu.

Est-ce à dire pour cela que le lavage de la cavité adominale et du petit bassin à l'eau boriquée est le traitement de choix dans les lésions tuberculeuses des annexes avec extension au péritoine ? Evidemment non, et chaque fois que l'on pourra, sans s'exposer à un traumatisme trop considérable, enlever les annexes, et que ces mêmes lésions soient assez avancées pour faire croire que le foyer tuberculeux y a été primitif, cette ablation devra être pratiquée ; mais dans les cas où on se trouve en présence d'une véritable symphyse intestino-annexielle, où les adhérences sont si fortes et si étendues que l'ablation de ces annexes devient une opération des plus laborieuses, nous restons convaincu que le mieux est l'ennemi du bien, et qu'il est préférable de se contenter d'un simple lavage du péritoine, lavage qui est assurément palliatif et que l'avenir nous montrera, peut-être, être curatif.

La malade a été revue le 8 janvier 1894. Elle dit se trouver de mieux en mieux, ne plus souffrir que très peu du ventre, au point de se croire guérie, et être très satisfaite de l'opération. Son abdomen en général

est de volume normal, seulement un peu sensible à la pression, circonstance pour laquelle elle ne peut pas trop serrer son corset ; mais du ventre, elle ne souffre presque plus, et les quelques douleurs que la malade accuse sont occasionnées par quelques mouvements un peu brusques, non pas spontanées.

Son appétit s'est maintenu excellent depuis sa sortie de l'hôpital ; son aspect est celui d'une personne tout à fait bien portante, et elle a notablement engraisé. En un mot, dit-elle, son état s'améliore et sa guérison fait des progrès de jour en jour.

**Forme chronique d'emblée.** — La forme aiguë, lorsque la malade n'est pas emportée dans la première attaque, et la forme chronique à début aigu, de la pelvi-péritonite tuberculeuse, une fois la période aiguë passée, ne sont nullement distinctes de celle qui nous reste à décrire.

Cette forme, en effet, ne se différencie des autres que par son début insidieux. Ici, nous en distinguons aussi, avec M. Chéron, deux variétés. Tantôt la pelvi-péritonite est tuberculeuse d'emblée ; tantôt c'est dans le cours d'une pelvi-péritonite puerpérale ou blennorrhagique que se produit la tuberculisation du péritoine.

Dans la première variété, le début est des plus insidieux ; la malade souffre ou non des troubles de la fonction menstruelle depuis quelques mois ; bientôt surviennent des tiraillements et des douleurs plus ou moins intenses, plus accentuées pendant la marche ; cet état peut rester stationnaire pendant quelques jours ou quelques semaines, jusqu'au moment où, sans cause appréciable, la malade s'aperçoit que son ventre devient plus volumineux ; puis, ce ballonnement diminue progressivement. Ces phénomènes se reproduisent de la même façon pendant quelque temps, parfois quelques mois, jusqu'au jour où le ballonnement devient considérable et oblige la malade à consulter son médecin (V. Obs. v).

Ces phénomènes abdominaux peuvent ne pas être à répétition, mais au contraire le gonflement (nous nous servons des mots mêmes des malades) persister dès sa première manifestation, progresser et devenir, lorsqu'il atteint son maximum, une indication de la paracentèse. Dans ce cas, la manifestation abdominale peut être si insidieuse, que la malade ne s'en préoccupe pas au commencement, son attention étant portée sur une autre manifestation morbide, comme les phénomènes gastro-intestinaux (V. Obs. iv).

D'autres fois le ballonnement du ventre est accompagné de nausées et de vomissements et de douleurs plus ou moins vives ; au bout de quelques jours de

repos, tout rentre dans l'ordre, mais la malade ne se sent plus aussi forte et éprouve, à la moindre fatigue, des élancements douloureux dans le bassin. Après cette accalmie, soit à l'occasion des règles, soit à la suite d'un effort ou d'une fatigue quelconque, les mêmes symptômes se reproduisent avec une acuité plus grande.

On constate alors une tumeur péri-utérine présentant les caractères d'étendue et de siège ne différant guère de ceux qu'on constate dans les autres variétés de pelvi-péritonite. Ici nous trouvons aussi la succession des phénomènes que nous avons indiqués plus haut, sans que la tumeur péri-utérine se résolve complètement, ou bien la tumeur suppure et l'abcès se vide dans un des organes voisins. Dans l'une ou l'autre éventualité, la guérison est loin de se produire. On constate toujours par le palper bi-manuel une coque plus ou moins dure. L'abcès ne peut se vider qu'incomplètement, il se reforme et les mêmes accidents se reproduisent. A cause des adhérences il se forme des loges qui peuvent suppurer partiellement, ayant à leur côté d'autres qui restent sereuses. La suppuration s'annonce par des frissons, fièvre élevée, des sueurs, il y a une exacerbation notable des symptômes généraux s'ils existaient auparavant. Une détente se produit à la suite de l'ouverture de l'abcès. La fièvre devient continue, la diarrhée s'établit, en un mot la cachexie et la

mort dans le marasme, ou bien la péritonite se généralise avec une grande rapidité. D'autres fois, avant que les lésions locales aient eu le temps d'évoluer, les poumons deviennent le siège de tubercules qui peuvent évoluer rapidement et devenir l'affection principale; enfin, la malade peut être emportée en quelques jours par une méningite tuberculeuse, ainsi que nous l'avons vu dans l'observation de M. Talamon qui, dans son mémoire, en cite deux autres exemples. Lorsque la tuberculose pulmonaire existe, qu'elle soit primitive ou secondaire à la tuberculose du péritoine, la malade meurt par le poumon avant que la lésion pelvienne n'ait atteint le dernier degré, « parce que l'importance fonctionnelle de ce dernier organe l'emporte de beaucoup sur celle de l'appareil génital » (Brouardel).

Ce même auteur nous dit qu'Aran a signalé une relation qui existe entre les poumons et les organes génitaux et qui se manifeste non seulement par leur tuberculisation simultanée, mais encore lorsqu'il existe une affection utérine vulgaire, en même temps que des tubercules pulmonaires. On a donc insisté sur ce fait que, pendant que l'une des deux affections s'améliore, l'autre s'aggrave. Les auteurs anciens en concluaient qu'il ne fallait pas combattre avec insistance les troubles utérins, pour ne pas accélérer la marche de la tuberculose pulmonaire.

La seconde variété de pelvi péritonite tuberculeuse chronique ne diffère de la précédente que par son début, ou plutôt par les antécédents qu'a la malade d'une pelvi-péritonite franche puerpérale ou blennorrhagique; cette dernière a semblé guérie ou est passée à l'état chronique. Après des mois ou des années une nouvelle pelvi-péritonite survient qui peut en imposer pour une récurrence de la première, mais sur la nature de laquelle on est fixé en tenant compte de l'état général. En effet, les éléments qui en font soupçonner la nature sont, d'après Bernutz, l'habitus extérieur, le dépérissement, les sueurs nocturnes, les troubles gastriques et intestinaux, les caractères du mouvement fébrile; signes qui seront encore en désaccord avec les signes physiques trouvés dans les poumons et indiqueront une consommation tuberculeuse.

D'ailleurs, la marche de l'affection devient dans ce cas bien caractéristique; suppuration rapide en dehors de l'état puerpéral (Brouardel), tendances à la généralisation, ou extension de la tuberculose aux poumons ou aux méninges.

#### OBSERVATION IV.

**Pelvi-péritonite tuberculeuse avec épanchement abondant. Infiltration tuberculeuse consécutive du sommet du poumon droit (1)**

Femme de 36 ans, cuisinière depuis douze ans qu'elle habite Paris, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Lancereaux, le 31 octobre 1893. Quitte ce service le 5 novembre pour y rentrer le 30 du même mois.

Père mort hémiplegique à 65 ans. Mère bien portante. Huit frères et sœurs bien portants. Un frère mort tuberculeux à 24 ans, paraissant avoir contracté sa maladie dans l'exercice de son métier de cardeur en laine.

Réglée à 23 ans, toujours bien. Mariée à 29 ans ; son mari jouit d'une excellente santé. Pas d'enfants, pas de fausses couches ni d'explorations ayant porté sur ses organes génitaux. Jamais de toux ni d'hémoptysies. Son teint est pâle ; elle a toujours été faible. N'a jamais eu de leucorrhée.

En décembre 1892 elle commence à perdre l'appétit et à avoir des régurgitations pendant et après les repas, quelquefois la nuit. Bientôt surviennent des vomissements alimentaires, amers, tantôt immédiatement, tantôt trois ou quatre heures après les repas. Suppression des règles sans cause connue depuis le commencement de septembre 1893. Vers cette même époque la malade s'aperçoit que son ventre grossit, mais elle n'y fait point attention, préoccupée qu'elle est par l'état de ses voies digestives. Son ventre grossit progressivement jusqu'à atteindre un volume considérable vers la fin d'octobre.

La malade avait toujours été très constipée, mais à la fin de septembre elle commence à avoir de la diarrhée, ce

---

(1) Nous adressons à M. le Dr Thiroloix nos vifs remerciements pour avoir bien voulu nous donner les renseignements sur l'examen local dans cette observation, ainsi qu'à notre ami M. Lavallo Carvajal qui s'est très aimablement prêté à nous fournir les autres détails.

qui l'oblige à consulter son médecin. L'attention de celui-ci est attirée du côté du ventre, il l'examine par le toucher, etc., et constate, au dire de la malade, l'existence d'un fibrome pour lequel il lui conseille de consulter un chirurgien. La malade se rend alors à la consultation de chirurgie de l'hôpital Necker d'où, faute de place libre, dit-elle, on la renvoie au bureau central. Là, elle est reçue dans le service de M. le professeur Le Fort. Dans ce service elle croit avoir entendu porter, sur sa maladie, le diagnostic de kyste de l'ovaire. On lui fait une ponction qui donne quatre litres et demi d'un liquide clair et jaunâtre; un peu d'œdème bimalléolaire disparaît à la suite de cette ponction. Cinq jours après, l'interne du service, ayant reconnu qu'il s'agissait d'une affection médicale, la fait transporter dans un service de médecine. C'est alors qu'elle est entrée pour la première fois chez M. Lancereaux le 31 octobre.

A l'inspection on constate d'abord un amaigrissement notable, la malade dit avoir perdu de vingt livres de son poids dans le courant de cette année 1893.

Elle continue à vomir très fréquemment, les vomissements sont alimentaires; l'anorexie est complète et la diarrhée persiste; quelques coliques passagères. Elle n'a jamais eu de fièvre; actuellement la température est de 36°5 dans l'aiselle. Jamais non plus de méloëna.

Dans les poumons on ne constate rien d'anormal. A l'inspection de l'abdomen on remarque une dilatation des veines superficielles des deux côtés, dilatation qui se prolonge jusqu'au thorax. L'ascite est de nouveau assez abondante. A la palpation, l'abdomen est souple, excepté à la région hypogastrique où il est tendu et un peu douloureux à la pression, mais vers la fosse iliaque droite la douleur est plus vive et l'on sent à ce niveau, au-dessous de la paroi abdominale, un empatement profond qui se prolonge assez haut du côté de l'ombilic, et en bas se perd dans la fosse iliaque; cette induration est accolée à la paroi abdominale. Du côté de la fosse iliaque gauche on parvient à déprimer les parois abdominales mais on

n'y peut rien percevoir dans la profondeur. Il existe quelques ganglions dans les aînes.

Toucher vaginal : Le col de l'utérus est reporté à gauche ; lorsqu'on cherche à imprimer des mouvements à l'utérus on voit qu'il est tout à fait immobilisé, enclavé dans une masse dure, presque lisse qui l'entoure et proémine dans les culs-de sac latéraux et postérieur, mais le cul-de-sac latéral droit paraît bien plus effacé que le gauche. On sent bien un sillon qui sépare cette masse du corps de l'utérus. Par le palper bi-manuel on se rend nettement compte de la continuité existante entre la masse qui occupe le cul-de-sac latéral droit et le plastron abdominal. Le toucher est douloureux.

Pas de troubles des fonctions urinaires.

Cœur, rate et foie normaux.

On porte le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse. On croit que l'intestin a été la porte d'entrée de l'infection.

Cette malade quitte l'hôpital le 5 novembre, reste chez elle 25 jours et est obligée de rentrer dans le même service, salle Sainte-Martine, n° 2, le 30 du même mois.

Le 4 décembre on fait une nouvelle paracentèse. La malade tousse déjà depuis près d'un mois. Après évacuation du liquide ascitique on trouve une zone de matité à la base du poumon droit, diminution des vibrations thoraciques, etc. On pense à une pleurésie et on applique des ventouses scarifiées. Le 13 décembre le liquide pleurétique est déjà résorbé.

Cette fois les poumons nous donnent : matité sous la clavicule droite, diminution du murmure vésiculaire avec expiration rude et prolongée au sommet ; des râles sous-crépitaux et quelques craquements secs. Diminution de l'élasticité sous la clavicule gauche. Expectoration aérée muco-purulente. L'amaigrissement a fait plus de progrès. La diarrhée cesse quatre jours après cette

seconde ponction et, depuis lors, est remplacée par de la constipation.

Après la nouvelle ponction on examine de nouveau la région hypogastrique. Le ventre est un peu plus souple, peu douloureux à la pression ; le plastron abdominal a disparu ; en déprimant la fosse iliaque droite on arrive sur une masse profonde empâtée, où les doigts perçoivent quelques petites nodosités dures. Par le toucher on voit que les lésions persistent telles qu'on les avait constatées lors du premier examen.

La température se maintient aux environs de 36°.

Troisième paracentèse le 11 janvier 1894.

*Réflexions.* — Cette observation nous offre le sujet de considérations importantes. D'abord, au point de vue de l'invasion, nous voyons le début de l'affection des plus insidieux, sans douleur, sans fièvre, à tel point que la malade, que nous avons interrogée plusieurs fois, attachait très peu d'importance à ses signes abdominaux ; chaque fois que nous insistions sur ces symptômes elle détournait notre interrogatoire voulant fixer plus spécialement notre attention sur ses troubles gastro-intestinaux. Étant donné chez cette malade les manifestations du côté du tube digestif, manifestations très intenses et les premières en date ; ses antécédents héréditaires, la relation existant entre le cœcum et les annexes droites de l'utérus par l'intermédiaire des voies lymphatiques ; étant donné enfin la fréquence, d'après M. Pilliet, de la tuberculose du cœcum, qui constitue l'un des modes d'infection du péritoine,

à porte d'entrée intestinale, dans la péritonite tuberculeuse ; nous croyons fondée l'hypothèse formulée, dans notre cas particulier, d'une manifestation tuberculeuse péritonéale à porte d'entrée intestinale. En outre, cette malade n'a jamais eu de leucorrhée, détail important, ce nous semble, attendu que M. Daurios attache à ce symptôme une importance énorme dans le diagnostic de la tuberculose génitale primitive chez la femme.

Quant à la marche, nous la voyons ici aussi peu bruyante que le début ; circonstances qui nous font rattacher ce cas particulier à l'un des modes, décrits plus haut, de manifestation de la pelvi-péritonite tuberculeuse chronique proprement dite.

Il est à remarquer aussi dans cette observation, l'intégrité au début, de l'appareil pleuro-pulmonaire et son invasion consécutive par la tuberculose après les manifestations péritonéales.

Ces considérations nous permettent de nous demander : l'intervention chirurgicale, lorsque la pelvi-péritonite tuberculeuse était à son début, aurait-elle pu enrayer la marche de la maladie, éviter l'invasion de la plèvre et des poumons et enfin, exercer une influence favorable sur l'état des voies digestives ? Nous touchons ce point dans notre chapitre du traitement.

OBSERVATION V.

**Pelvi-péritonite tuberculeuse.**

La nommée Clémentine. ..., âgée de 25 ans, cuisinière, habitant à Chatillon-sur-Seine, entre à l'hôpital de la Charité le 7 novembre 1893, salle Gosselin, n° 24, service de M. le professeur Tillaux

N'offre rien comme antécédents héréditaires.

*Antécédents personnels.* — Scarlatine à 18 ans. Deux mois après, un accident traumatique sans suites. Vers le mois d'octobre 1892, elle est atteinte d'une pleurésie gauche avec épanchement; cette maladie, caractérisée par un mouvement fébrile peu intense, disparaît au bout d'un mois environ; pendant ce temps elle a une cystite occasionnée par les vésicatoires qu'on lui applique, depuis lors elle souffre un peu vers la fin de la miction; elle n'a jamais uriné de sang.

Le 2 janvier 1893 une hémoptysie, pendant une journée seulement, très peu abondante et à la suite des accès de toux sèche. Régulée à 17 ans, régulièrement toujours, et sans douleurs. Mariée depuis 4 ans; son mari est très bien portant. La malade fait remarquer que depuis sa pleurésie ses règles sont devenues plus abondantes, avec un peu de douleurs et durent, jusqu'à présent, de six à dix jours. Avec le repos à l'hôpital les règles ne sont presque plus douloureuses. Pas d'antécédents blennorrhagiques. Pas d'enfants ni de fausses couches. Elle a maigri de 8 kilos depuis la pleurésie et tousse tous les hivers. Depuis trois semaines un peu de leucorrhée qui disparaît au bout de quelques jours.

Dans le courant du mois de mai cette malade remarque qu'en se relevant elle sent des tiraillements des deux côtés de son ventre, accompagnés de douleurs aiguës; elle souffrait davantage en marchant et était soulagée assise, quoique un peu gênée. Vers cette même époque elle voyait son ventre augmenter de volume, rester dans

cet état pendant huit jours environ, puis revenir progressivement à l'état normal; cela s'est reproduit plusieurs fois, mais elle n'y prêtait pas beaucoup d'attention croyant à un accident passager. Mais vers le commencement d'octobre son ventre atteint un volume considérable au point de gêner la respiration; son médecin, dit-elle, porte le diagnostic de kyste de l'ovaire, lui conseillant d'aller à l'hôpital pour y être opérée; mais avec six à huit jours de repos, la diète lactée et des tisanes de chien-dent, son abdomen est revenu à l'état normal. Pendant ces gonflements de ventre la malade vomissait quelquefois, surtout le matin; vomissements tantôt alimentaires, tantôt bilieux. Une autre médecin qu'elle consulte diagnostique une salpingite. C'est alors qu'elle vient à Paris exprès pour se faire soigner à l'hôpital.

*Etat actuel, 7 novembre 1893.* — Rien à l'inspection de l'abdomen. L'abdomen est souple excepté vers la région hypogastrique qui est tendue et douloureuse à la palpation; cette douleur provoquée est plus vive au niveau des fosses iliaques, surtout à gauche, où par la même exploration on ne peut percevoir d'empatement. La percussion est très douloureuse et donne de la submatité dans la région hypogastrique, cependant en percutant plus fort on obtient de la sonorité. On ne trouve pas d'ascite.

Le toucher donne : urèthre et vessie non douloureux. Col normal, reporté à gauche; lorsqu'on cherche à lui imprimer des mouvements la malade accuse une douleur assez vive. Utérus petit, en antéflexion, dont le fond est impossible à délimiter à cause de la tension de la paroi abdominale; on ne peut imprimer de mouvements à l'utérus enclavé qu'il est dans le petit bassin. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une corde étendue de l'utérus au pelvis auquel elle adhère; sur cette corde on perçoit plusieurs nodosités dures, grosses comme une noisette; cet ensemble forme une masse, très accessible au doigt, qui se prolonge jusqu'au cul-de-sac postérieur; ces sensations font penser à la trompe augmentée de volume. Le cul-de-sac latéral gauche n'est pas dépressi-

ble, n'est pas le siège d'une tumeur nette, mais on y perçoit un empâtement diffus qui se perd dans la fosse iliaque correspondante. Rien dans le cul-de-sac postérieur. Le toucher est partout très douloureux ; pour cette raison, et à cause de la tension de la paroi abdominale, le palper bi-manuel est très difficile.

Pas de troubles vésicaux excepté cette petite douleur, vers la fin de la miction, conservée depuis la cystite. Pas de tenesme rectal. Constipation opiniâtre.

L'appétit est bon. Quelques vomissements bilieux se sont produits le matin pendant quelques jours. Un peu de toux le matin, mais l'examen des poumons ne donne rien d'anormal. Pas de fièvre. Quant aux douleurs spontanées la malade n'en éprouve qu'à droite de la ligne médiane du ventre ; dans ce moment elle ne souffre pas du côté gauche, ce n'est que plusieurs jours après son entrée à l'hôpital que des douleurs ont apparu de ce côté. Ces douleurs n'irradient pas du côté des reins, elles irradient au contraire dans les membres inférieurs jusqu'aux pieds. Elle ne peut supporter le cahot de la voiture ni marcher sans souffrir davantage ; elle marche courbée en deux.

M. le professeur Tillaux porte le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse avec salpingite droite de même nature.

Vers le commencement de décembre la malade est atteinte d'une bronchite aiguë, circonstance qui fait différer l'opération qui est pratiquée après la fin des dernières règles.

Laparatomie pratiquée par M. Tillaux, le 30 décembre. La malade est placée dans la position de Trendelenburg et après les précautions antiseptiques d'usage, on fait une incision au-dessus du pubis et sur la ligne médiane, de huit centimètres environ ; on incise le péritoine avec les plus grandes précautions de peur d'adhérences de la séreuse avec les organes voisins, et en effet la vessie, qui adhérerait au péritoine pariétal, remontait à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le péritoine pariétal est épaissi et couvert d'un semis de granulations tuber-

culeuses ainsi que la surface des anses intestinales. En plongeant la main dans le petit bassin pour aller à la recherche des annexes, on a reconnu l'utérus aplati et refoulé contre la vessie, fixé dans cette position par les adhérences qui existent aussi en arrière de l'utérus et des deux côtés, engluant sous les organes du petit bassin. Les annexes du côté gauche englobées par les adhérences ne sont pas isolables ; celles de droite sont aussi fixées aux parois du bassin par les adhérences, on y voyait bien l'ovaire ; elles sont plus isolables que celles du côté gauche. Tous les organes du petit bassin, de même que les adhérences, sont couverts par le même semis de granulations tuberculeuses dont la sensation a été comparée, par M. Tillaux, au moment de l'opération, à un semis de sable. Vu que les annexes n'étaient pas augmentées de volume et qu'à gauche les adhérences nombreuses et fortes auraient rendu la décortication trop difficile, quand même on aurait voulu la tenter, M. Tillaux a jugé inutile la salpingotomie et s'est borné à laisser les annexes en place et à faire un lavage du petit bassin avec six litres d'eau bouillie chaude. Fermeture du ventre au moyen d'un plan de suture et pansement antiseptique,

On avait trouvé à l'ouverture de l'abdomen un peu de liquide ascitique.

Déjà M. Tillaux nous avait dit quelques jours avant l'opération que de toutes façons la laparatomie était indiquée dans le cas dont il s'agit puisque, si cette opération avait donné de bons résultats dans la péritonite tuberculeuse généralisée il y avait lieu d'espérer qu'il en fût de même dans notre cas particulier.

Suites de l'opération, des plus heureuses. Pas de fièvre, la température a oscillé aux environs de 37°. Il y a eu un soulagement immédiat, dès le lendemain de l'opération la malade nous disait ne plus souffrir ; elle est enchantée du résultat de l'opération qu'elle vante sans cesse ; ne souffre plus du tout au bout de quelques jours alors que nous insistons en l'interrogeant sur son nouvel état,

Enlèvement des fils le douzième jour.

Le 15 janvier 1894 la malade se lève pour la première fois en présence de M. le professeur Tillaux qui n'est pas moins satisfait du résultat de l'intervention.

Lorsque, le 19 janvier, en passant la visite notre éminent maître lui demande comment elle va, la malade répond : « J'espérais être seulement améliorée par l'opération, je n'espérais pas que l'opération me guérirait. »

Le 22, la malade nous affirme n'éprouver la moindre douleur en marchant.

Cette malade quitte l'hôpital le 24 janvier 1894, tout à fait guérie de son opération.

**Réflexions,** — Cette observation nous paraît excessivement intéressante à plusieurs points de vue.

Le diagnostic en a été fait très exactement avant l'opération. Nous retrouvons ici le même mode de début insidieux que nous avons signalé dans notre chapitre des symptômes de la pelvi-péritonite tuberculeuse chronique d'emblée, et ces poussées péritonéales caractéristiques, et aussi peu bruyantes que la malade a cru d'abord à des accidents passagers, et n'a consulté le médecin que quand l'ascite eut atteint son maximum, et ce qui fit que ce dernier dut songer, à un moment donné, à une ponction. La disparition spontanée de cette ascite considérable n'en appelle pas moins l'attention. En outre, dans l'exploration locale nous trouvons encore ces nodosités caractéristiques sur lesquelles ont tant insisté les auteurs qui se sont occupés de la pelvi-péritonite tuberculeuse et de la salpingite de

même nature, notamment MM. Brouardel et Terrillon, dont nous parlerons en particulier lorsque nous aborderons les lignes consacrées à cette dernière affection.

Au point de vue de la pathogénie, nous voyons dans notre observation un ordre chronologique assez net. La première manifestation morbide qui nous frappe, chez notre malade, est la pleurésie dont la nature n'est que facile à saisir. D'ailleurs l'opération nous ayant montré que les annexes avaient conservé leur volume normal, cela suffit à éliminer l'hypothèse d'une pelvi-péritonite tuberculeuse consécutive à la tuberculisation des annexes et à admettre au contraire une localisation primitive, par rapport aux annexes, dans le péritoine, de l'inflammation tuberculeuse : que cette inflammation ait été ou non, elle-même, consécutive à la pleurésie. Ces considérations nous permettent de laisser de côté l'autre hypothèse, dans le cas particulier, d'une infection par la voie génitale.

On s'est rendu compte pendant la laparotomie d'un état des annexes qui nous fournit le sujet d'autres interprétations en dehors de celles déjà faites. A gauche les annexes étaient déjà cachées par les adhérences ; à droite elles étaient aussi adhérentes, mais l'ovaire s'offrait bien visible, et isolables ; ce qui démontre que les adhérences du côté gauche étaient plus anciennes, et que les organes du petit bassin, jusques là sains, ont été successivement soudés et englobés par les adhé-

rences de la même façon que les anses intestinales dans la péritonite tuberculeuse généralisée. Cela nous conduit à nous poser une question à laquelle nous ne pouvons répondre. Pourquoi, dans les cas du genre qui nous occupe, les lésions pelviennes prédominent à un moment donné, au point de justifier la dénomination de pelvi-péritonite tuberculeuse, ayant le droit à une intervention dirigée contre elle seule, ainsi que le démontrent les résultats obtenus par l'opération ?

Maintenant, au point de vue du traitement, qu'il se soit agi d'une simple salpingite tuberculeuse sans extension au péritoine pelvien, ou d'une pelvi-péritonite tuberculeuse sans lésions annexielles, la laparatomie était tout indiquée. Ses résultats ont été excellents. C'est la première fois que nous voyons laisser, dans les cas de ce genre, de propos délibéré, les annexes en place. Nous aborderons cette question avec l'attention qu'elle mérite dans notre chapitre consacré au traitement.

**Salpingo-ovarite tuberculeuse. — Examen local.** — Il est entendu que nous ne pourrions ici faire la symptomatologie des salpingo-ovarites en général, mais seulement ce qui peut correspondre en propre aux salpingo-ovarites tuberculeuses. Aussi n'insisterons-nous pas non plus sur les symptômes com-

muns aux autres salpingites, tels que troubles de la menstruation, etc.

En général les symptômes de la salpingo-ovarite tuberculeuse ne diffèrent pas de ceux provoqués par la salpingo-ovarite ordinaire, circonstance qui rend le diagnostic très difficile. Néanmoins dans la plupart des observations publiées par les auteurs on trouve une physionomie spéciale à cette affection.

Les auteurs insistent, depuis MM. Bernutz et Goupil et Brouardel, sur la fréquence des poussées de pelvi-péritonite ; bien que cette allure ne soit pas une caractéristique de la tuberculose des trompes, elle n'en a pas moins une grande valeur pour le diagnostic. Ces poussées se répètent parfois pendant plusieurs années et à de courts intervalles. Dans les cas de salpingo-ovarite tuberculeuse qu'a observés M. Terrillon, ce caractère a toujours été noté ; il en est un où la malade, eut de 25 à 30 ans, dix-huit poussées de pelvi-péritonite. En dehors de cette marche particulière il n'en existe aucun autre caractère bien net, cependant il est un signe physique perçu par le toucher qui a une certaine importance et dont nous nous occuperons bientôt.

Dans l'état général de la malade nous trouvons aussi quelques caractères importants. La malade est plus débilitée, l'amaigrissement est plus notable ; une diminution de forces, un épuisement plus grand et plus

marqué que celui observé d'habitude dans le cours des autres ovaro-salpingites. On voit, en effet, souvent dans les hôpitaux opérer des salpingo-ovarites anciennes très douloureuses sans que les malades qui les portent aient dépéri d'une façon notable, et beaucoup d'entre elles ayant conservé leur embonpoint. A ces signes il faut ajouter ceux fournis par la présence de tubercules soit pulmonaires soit du côté de l'utérus. Mais c'est l'examen local qui nous fournit les signes des plus importants.

La palpation du ventre est douloureuse lorsqu'il existe de la péritonite tuberculeuse pelvienne, alors il est très difficile de déprimer assez la paroi abdominale pour voir ce qui se passe du côté des fosses iliaques, cependant dans les cas où existe le plastron abdominal de Terrillon, il est assez facile de le délimiter. Le ventre est quelquefois aplati, mais le plus souvent il est ballonné, tendu. Si l'on arrive à palper assez profondément les fosses iliaques, on pourra y percevoir quelquefois la sensation de corps plus ou moins durs correspondant aux organes du petit bassin réunis par les adhérences.

Mais c'est le toucher vaginal qui fournit les signes les plus certains. Par ce moyen d'exploration on sent le col porté en arrière ou dévié latéralement soit à droite soit à gauche, suivant la prédominance des lésions dans l'un ou l'autre des culs-de-sac. L'utérus

est plus ou moins mobile et dans ce dernier cas il est enclavé au milieu des masses qui l'entourent; il est dévié le plus souvent en rétroflexion d'après M. Brouardel; pour notre part nous l'avons trouvé en antéflexion dans deux de nos observations; ces signes du reste n'ont rien de caractéristique. Il n'en est pas de même de celui dont il nous reste à parler, mais qui malheureusement n'est pas constant. « En déprimant les culs-de-sac postérieur ou latéraux, on peut sentir des bosselures, petites, dures, arrondies, se succédant les unes aux autres par petits ressauts, un peu douloureuses au toucher, non fluctuantes, variant du volume d'un haricot à celui d'une noix. Ce qui forme ces petites saillies c'est le dépôt tuberculeux qui gonfle les trompes, et qui leur donne l'aspect moniliforme » (Brouardel). M. Terrillon attache aussi à ce signe une certaine importance; dans une de ses observations, cette série de bosselures, dures et résistantes lui a fait penser à la tuberculose lorsqu'il examina la malade avant l'opération. Selon le même auteur, dans les salpingites ordinaires, quand elles sont volumineuses, la consistance est moindre et l'irrégularité de la surface moins appréciable, et ce signe correspond assez bien à ce qu'on sait sur l'anatomie pathologique et sur les épaisissements périphériques propres à ce genre de salpingite.

Nous avons aussi noté une fois cet important signe

(Obs. V), mais étant donné que dans ce cas les annexes n'étaient pas augmentées de volume surtout là où on percevait cette sensation, c'est-à-dire à droite, où les adhérences étaient moins nombreuses et les annexes isolables. Nous croyons donc que cette sensation n'est pas toujours due au dépôt de la matière caséuse dans la cavité de la trompe. Peut-être dans les cas de ce genre les adhérences qui refoulent les annexes sur le plancher du bassin jouent un grand rôle dans la production de ce signe.

Par le palper bi-manuel on délimite mieux les tumeurs perçues dans les culs-de-sac, mais quand le péritoine pelvien est pris par l'inflammation, ce précieux mode d'exploration n'est pas facile.

Le toucher rectal rendrait des services et il serait peut-être de nécessité chez les vierges.

## DIAGNOSTIC, PRONOSTIC

---

Nous ne ferons pas le diagnostic de la pelvi-péritonite-tuberculeuse avec les autres affections du petit bassin, mais seulement nous tâcherons d'établir la différence entre cette maladie et les autres pelvi-péritonites

Notre question est donc la suivante : étant donnée une pelvi-péritonite chronique, celle-ci est-elle simple ou tuberculeuse ? Si la réponse n'est pas difficile à faire dans les pelvi-péritonites qui surviennent à une période plus ou moins avancée de la tuberculose pulmonaire, il n'en est pas de même dans la tuberculose primitive des organes génitaux. Cependant en tenant compte des antécédents héréditaires, du dépérissement de la malade, son facies, l'allure spéciale que nous avons indiquée de l'affection, surtout son apparition sans cause déterminée, les recrudescences, la répétition des poussées dans la pelvi-péritonite tuberculeuse chronique d'emblée, les sueurs nocturnes et les trou-

bles gastro-intestinaux, on arrivera au diagnostic de l'affection dans bien des cas. « Comme pour la salpingite tuberculeuse, qui existe toujours dans le cas de tuberculisation du péritoine pelvien, on tiendra compte de l'absence des métrorrhagies habituelles dans les autres formes de salpingite, et on aura recours à l'examen bacillaire des sécrétions utérines et, au besoin, à l'inoculation expérimentale de ces sécrétions. Grâce à ces nouvelles méthodes de recherches qui ont contribué puissamment au diagnostic des tuberculoses locales en général, le diagnostic de la tuberculose péritonéale est devenue beaucoup plus facile. Il est cependant une réserve à faire et elle porte sur le point suivant : dans le cas d'endométrite tuberculeuse, la pelvi-péritonite peut être simple, au moins pendant un certain temps ; le diagnostic de la pelvi-péritonite tuberculeuse ne devra être affirmé que si l'on trouve des bacilles dans le pus venant directement du péritoine, lorsque la suppuration se sera fait jour à l'extérieur » (Chéron).

En effet, lorsque la propagation des lésions tuberculeuses s'est faite au fond de l'utérus, ce moyen de diagnostic est indiscutablement très intéressant ; dans l'endométrite tuberculeuse on pourrait trouver dans les sécrétions utérines le bacille de Koch, bien que l'examen de ces sécrétions ne donne pas toujours des résultats positifs, ou recourir à l'inoculation aux animaux pour produire la tuberculose expérimentale,

moyen plus sûr. Mais si cette ressource est très puissante dans l'endométrite et à la rigueur dans la salpingite tuberculeuse à dépôt caséeux dans la cavité de la trompe, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de pelvi-péritonite tuberculeuse. Si celle-ci est primitive, le moyen est inutile ; si elle est encore primitive et la tuberculose utérine consécutive, le moyen perd beaucoup de sa valeur, car alors les lésions seront trop avancées et déjà la clinique seule nous aura éclairé sur le diagnostic.

En résumé, en ce qui touche la pelvi-péritonite tuberculeuse aiguë et la pelvi-péritonite tuberculeuse chronique à début aigu, nous ne voyons pas de moyens de diagnostic précoce, cette affection se confondant avec une affection inflammatoire péritonéale d'une autre nature, et alors ou la malade meurt et la nature de la lésion n'est reconnue qu'à l'autopsie, ou bien elle passe à l'état chronique et l'évolution seule pourra nous éclairer. Tout au plus pourrait-on avoir des présomptions fondées sur les antécédents héréditaires ou personnels de la malade, ou sur l'existence d'une tuberculose antérieure.

Pour les pelvi-péritonites tuberculeuses aiguës passées à l'état chronique ou celles à évolution chronique d'emblée nous avons trois éléments de diagnostic : 1<sup>o</sup> l'état général de la malade, ses antécédents pouvant nous donner l'éveil ; 2<sup>o</sup> les moyens tirés des symp-

tômes que nous avons décrits ; 3° la marche de l'affection ; cette dernière constitue un des éléments des plus importants. Ces poussées péritonéales sans être tout à fait caractéristiques n'en constituent pas moins un important signe dont il faut tenir le plus grand compte ; en outre l'apparition d'une tuberculose pulmonaire lorsque la pelvi-péritonite tuberculeuse a été la première en date.

« Les pelvi-péritonites simples sont longues ; comme elles surviennent généralement par suite d'une affection des annexes de l'utérus, elles ont une grande tendance à récidiver. Mais ici il manque le plus souvent deux choses importantes ; ces pelvi-péritonites en dehors de l'état puerpéral ne suppurent pas, surtout aussi vite que quand la lésion est tuberculeuse ; de plus, la femme n'est pas tuberculeuse. Si elle l'est, alors même que la péritonite serait simple d'abord, et si la femme vit assez longtemps, les annexes de l'utérus et le péritoine qui en dépend seront tuberculeux » (Brouardel).

Il est vrai que chacun des symptômes décrits, pris isolément n'ont rien d'absolument caractéristique, mais leur ensemble constitue une présomption telle que nous croyons à la possibilité actuelle de faire, dans la plupart des cas, le diagnostic de la pelvi-péritonite tuberculeuse.

Quant à la salpingo-ovarite tuberculeuse son diagnostic est basé sur les mêmes considérations dans lesquelles nous venons de rentrer à propos de la pelvi-péritonite de même nature. A côté de ces considérations il en est une autre qui a une très grande importance ; c'est lorsque l'origine de la salpingite est impossible à découvrir, la malade n'ayant pas eu d'enfants, de fausses couches ou de blennorrhagie. En outre, étant donné que la tuberculose de la trompe et des ovaires n'est pas rare chez les jeunes filles, à cette époque de la vie on ne peut penser, dans l'état de virginité, à une des causes si fréquentes de salpingo-ovarite auxquelles nous avons fait allusion ; aussi doit-on toujours avoir en vue, dans le cas particulier, la tuberculose de ces organes ou la pelvi-péritonite tuberculeuse.

Autrefois le pronostic de ces affections était considéré comme extrêmement grave, à l'époque où l'on faisait de la tuberculose le signe d'une diathèse. « Mais puisque le tubercule dans le poumon peut s'arrêter dans son évolution nous ne voyons pas pourquoi il n'en serait pas ainsi dans les organes génitaux » (Brouardel).

M. le professeur Peter disait en 1871 : « Ainsi, quand vous constaterez, en même temps que des tubercules, dans le poumon une pelvi-péritonite qui s'est développée sans cause apparente, vous devrez supposer qu'elle est tuberculeuse et que le mal déjà si grave

vient de doubler de gravité. En effet, des douleurs vives, l'obligation de garder le lit, le manque d'exercice, etc., sont autant de complications qui résultent de la nouvelle manifestation diathésique. Et puis il n'y a plus de rémission possible ici : c'est une marche continue vers le mal ou plutôt vers le pire, marche qui vous éclairera encore pour le diagnostic ainsi que la suppression des règles, qui persistent au contraire et parfois même sont exagérées dans les autres formes de la pelvi-péritonite. » Plus loin, lorsqu'il parle du traitement, il ajoute : « C'est dans ces conditions de douleurs continues, de repos continue et d'hygiène déplorable, qu'on voit fréquemment survenir la tuberculisation pulmonaire. A vous d'y aviser. »

Nous pouvons aujourd'hui modifier favorablement ces appréciations. « Quelques observations montrent qu'il y a eu parfois des améliorations très marquées (nous parlons de la pelvi-péritonite tuberculeuse) et très prolongées, si bien qu'il est permis d'espérer la guérison dans un petit nombre de cas » (Chéron). Mais il ne serait pas sage aujourd'hui, avec nos puissants moyens chirurgicaux, de laisser abandonnée cette affection aux seules forces de la nature. Le pronostic des lésions tuberculeuses en général, quel que soit leur siège, et surtout des lésions tuberculeuses locales, tend à devenir depuis quelques années moins sombre, et on ne pourrait pas de nos jours assister les

bras croisés aux progrès de la maladie, depuis que les affections chirurgicales de la cavité abdominale, en général sont traitées chirurgicalement.

Nous pouvons en dire autant du pronostic des salpingo-ovarites tuberculeuses, sans oublier cependant que dans l'une et l'autre affection la malade est exposée à une foule de complications lorsqu'on abandonne la maladie à elle-même, telles que les suppurations pelviennes, la généralisation de la tuberculose à toute la séreuse péritonéale, aux poumons, aux méninges, etc., et en général à toutes les complications des salpingo-ovarites ordinaires.



## TRAITEMENT

---

Dans ce chapitre, nous nous dispenserons de passer en revue les moyens médicaux qu'on peut avoir à sa disposition; on connaît trop le traitement général de toutes les tuberculoses, ainsi que la thérapeutique des symptômes. Nous ne nous occuperons donc que de quelques considérations sur le traitement purement chirurgical, qu'on pourrait diriger contre la pelvi-péritonite tuberculeuse et, pour être fidèle à notre plan suivi, nous dirons ensuite quelques mots du traitement chirurgical de la salpingo-ovarite tuberculeuse proprement dite.

D'abord, la pelvi-péritonite tuberculeuse est-elle passible d'un traitement chirurgical exclusivement dirigé contre elle, faisant par conséquent abstraction des annexes de l'utérus? Depuis que par une erreur de diagnostic Spencer Wells ouvrit le ventre pour la première fois chez une malade affectée de péritonite tuberculeuse généralisée et depuis le remarquable succès

qui s'en suivit, cette affection est entrée dans le domaine de la chirurgie abdominale. Nombreuses sont les observations de guérisons, ou au moins d'améliorations durables équivalentes à des guérisons publiées depuis par les chirurgiens.

On serait donc en droit de conclure *a priori* que la pelvi-péritonite tuberculeuse est susceptible d'une intervention par laparatomie au même titre que sa semblable généralisée.

Mais le terrain où nous sommes n'est pas le même, à beaucoup près. Le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse généralisée a déjà commencé à subir le contrôle de l'expérience; tandis que, en ce qui concerne la même intervention dans la pelvi-péritonite tuberculeuse, nous n'avons à notre actif et connaissance, que deux observations, et encore toutes récentes. « Malheureusement, il en est de la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse, comme de toutes les opérations d'origine récente, et dont l'histoire n'est pas encore sortie de la période expérimentale; les indications et les contre-indications sont impossibles à établir d'une manière autorisée et précise » (1). En présence d'un pareil jugement, sur un sujet dont l'histoire remonte à 1863, que pourrions-nous dire sur celui que nous abordons maintenant ?

---

(1) Ad. Jalaguier. *Traité de chirurgie*, t., VI., page 537.

Or, dans la discussion de la matière qui nous occupe, nous ne pourrions que formuler des hypothèses et procéder par analogie, nous engageant dans un terrain inconnu de nous. Aussi, nous bornerons-nous à parler de nos deux observations qui pourraient servir à pousser les recherches dans cette voie.

Pour ne rien omettre, attendu que nous avons adopté une division des pelvi-péritonites tuberculeuses en aiguës et chroniques ; dans les premières, lorsque la maladie se présente sous les allures d'une péritonite généralisée avec localisation pelvienne ultérieure, cela rentrerait dans le cadre des péritonites aiguës généralisées, tuberculeuses bien entendu, et l'intervention chirurgicale serait subordonnée aux mêmes indications qu'elle.

Lorsqu'une pelvi-péritonite tuberculeuse aiguë, ou une péritonite tuberculeuse aiguë généralisée, se développent consécutivement à un foyer caséux de la trompe, bien qu'on n'en eût pas soupçonné la nature, il ne répugnerait pas à la logique d'accepter une intervention immédiate par laparotomie, ainsi que cela a été fait dans des cas semblables, de péritonite par rupture de la poche d'un pyo-salpinx ordinaire, et avec succès, par M. Terrillon et d'autres chirurgiens. Cela est encore, pour notre cas, une hypothèse. Lorsque la localisation ou la prédominance pelvienne de l'inflammation tuberculeuse péritonéale se manifeste avec les

symptômes qui lui sont propres, nous rentrons dans le groupe des pelvi-péritonites tuberculeuses chroniques.

Nous avons vu, dans nos observations III et V, la laparatomie seule amener un soulagement immédiat chez les malades ; chez la première, on a laissé les annexes en place par nécessité, ayant jugé la décortication impossible ou au moins extrêmement difficile ; chez la seconde, l'ablation des annexes aurait été facile, mais ayant jugé cette ablation inutile pour la malade, on les a laissées en place, de propos délibéré et, nous le répétons, c'est la première fois que nous voyons, à notre connaissance, une décision de ce genre dans un cas pareil. Or, il pourrait se présenter à l'esprit cette objection : puisque les malades, sujets de nos deux observations, ont manifesté à un moment donné les symptômes d'une péritonite généralisée à forme ascitique, qu'est-ce qui autoriserait à dire que la laparotomie, avec ses bons résultats immédiats, n'a pas été dirigée contre une supposée pelvi-péritonite, mais contre une péritonite généralisée ; et pourquoi ne pas rattacher, en conséquence, les succès de l'opération à cette dernière ? A cette objection possible répondraient la clinique et les résultats opératoires. D'abord, ces deux malades sont venues à l'hôpital consulter pour leur ventre ; chez la première, on fit le diagnostic, lorsqu'elle s'est présentée, de salpingo-ovarite double

avec lésion plus marquée à gauche, et son péritoine abdominal est resté si silencieux qu'on n'a même pas songé à une péritonite tuberculeuse; on l'a donc opérée pour une double lésion des annexes de nature supposée blennorrhagique. Chez la seconde, le péritoine abdominal a si peu parlé, que lorsque les poussées ascitiques se sont manifestées, la malade n'y a pas fait attention tout d'abord, jusqu'au jour où l'ascite atteint son maximum dans la dernière poussée, ce qui l'obligea à consulter son médecin; un autre médecin consulté après par elle, porte le diagnostic de salpingite; c'est alors que la malade vient à l'hôpital se faire soigner pour son ventre. Notre éminent maître, M. le professeur Tillaux, fait alors le diagnostic de salpingite tuberculeuse droite, avec pelvi-péritonite tuberculeuse. Voilà ce que nous dit la clinique.

Voyons maintenant les résultats opératoires. Les deux malades sont opérées, nous ne reviendrons pas sur ce qu'on a trouvé. La première sort de l'hôpital *très améliorée*; son amélioration se prononce de jour en jour au point de se croire guérie; elle ne souffre plus du ventre, c'est elle qui parle. La seconde éprouve, après la laparotomie, une amélioration immédiate; elle se lève quelques jours après et marche droite, sans la moindre douleur dans le ventre; elle quitte l'hôpital dans cet état. Ces réponses à l'objection possible nous paraissent éloquentes. N'est-ce pas une preuve que si

le péritoine pelvien n'avait pas joué le rôle principal dans les symptômes présentés par les malades, la laparotomie sans ablation des annexes n'aurait pas donné les résultats, aussi remarquables et peut-être inespérés, que nous avons constatés ?

Qu'est-ce que tout cela nous prouve ? Cela nous prouve ceci : puisque les malades ont demandé les soins chirurgicaux pour leur ventre ; que par suite de l'intervention leur ventre a été grandement soulagé avec une simple laparotomie et un simple lavage du péritoine pelvien, *sans ablation des annexes* ; le traitement, par ce fait même de l'opération et par ses résultats remarquables, a été dirigé, de propos délibéré ou non, peu importe, contre une pelvi-péritonite tuberculeuse et non pas contre une lésion annexielle. Ce sont les faits qui le prouvent. Et puisque c'est en portant l'intervention du côté du péritoine pelvien que les symptômes pelviens ont disparu, n'est-ce pas une preuve suffisante de l'existence d'une pelvi-péritonite tuberculeuse susceptible d'avoir un traitement qui lui soit propre, aussi bien qu'il existe une salpingotomie contre les lésions annexielles ?

En présence de nos deux faits et étant données les considérations que nous avons faites dans le cours de notre exposé, nous nous croyons en mesure de l'admettre, en attendant le contrôle de l'avenir, lorsque le nombre des faits observés nous permettra d'y porter

un jugement sérieux ; mais, pour le moment, nous pouvons en tirer un espoir fondé sur les résultats immédiats et merveilleux de laparotomie pure et simple dans cette affection, dans le cas, bien entendu, où les lésions annexielles ne seront pas assez avancées pour justifier la salpingotomie.

Quant aux résultats lointains et quant à la valeur de ce mode de traitement, c'est à l'avenir d'en décider.

Maintenant, pourquoi ces résultats opératoires immédiats malgré les fortes et nombreuses adhérences qui cachaient les annexes ? Nous ne saurions formuler une hypothèse pour tâcher d'en essayer l'esquisse d'une interprétation.

Ces considérations faites nous nous demandons si la laparotomie précoce chez les malades de nos observations II et IV ne leur aurait porté bénéfice en prévenant chez la première la généralisation de la tuberculose, et chez la seconde, l'invasion du poumon, peut-être.

Il nous reste maintenant, pour finir notre travail, à dire quelques mots du traitement chirurgical des salpingo-ovarites tuberculeuses.

Lorsqu'il s'agit des suppurations pelviennes, beaucoup de chirurgiens s'occupent aujourd'hui de savoir seulement s'il faut faire la laparotomie ou l'hystérec-

tomie vaginale; avec cela, la notion étiologique en est mise de côté. Pourtant on sait bien que le traitement des abcès chauds ordinaires n'est pas le même que celui des abcès tuberculeux. Or, si l'ouverture et le drainage suffisent à la guérison d'une collection purulente ordinaire, due aux microbes pyogènes, staphylocoque, streptocoque. etc., il n'en est pas de même des abcès tuberculeux. Que se propose-t-on de l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes inopérables par la laparatomie? Etablir là un large drainage par une large voie qui suffit à guérir la suppuration, chose que la laparatomie n'aurait pu faire. L'ouverture d'un abcès tuberculeux pelvien, drainé de la même façon, serait-elle suffisante à en amener la guérison? Evidemment non; il faut ou gratter ou enlever la poche. On comprend donc aisément que l'hystérectomie vaginale ne saurait convenir, tant s'en faut, dans le traitement des abcès pelviens tuberculeux, et que le seul moyen capable de guérir un pyo-salpinx tuberculeux est la laparotomie. On pense combien incomplète serait, dans ce dernier cas, l'intervention par la voie vaginale. Etant donnés nos développements sur les bienfaits de la laparatomie dans la pelvi-péritonite tuberculeuse, l'hystérectomie vaginale dans les pyo-salpinx tuberculeux serait d'autant plus inutile que le péritoine serait pris par les granulations tuberculeuses. Nous croyons donc que toutes les fois qu'on

aura porté un diagnostic, sûr ou probable, de salpingite tuberculeuse avec ou sans pelvi-péritonite de même nature, on devra choisir systématiquement la voie abdominale, d'autant plus que la péritonite tuberculeuse peut être une trouvaille opératoire et que la lésion des trompes peut n'être pas assez avancée pour justifier la salpingectomie.

Ces considérations faites, abordons maintenant le traitement chirurgical par la laparotomie de la salpingo-ovarite tuberculeuse. Nous n'en donnerons qu'un résumé, et les lignes qui vont suivre, nous les avons empruntées à M. Terrillon qui est un des rares chirurgiens, sinon le seul, qui se soit occupé en particulier de cette matière.

Cette question doit être examinée à plusieurs points de vue : l'indication générale de l'opération ; les bénéfices que la malade peut en retirer au point de vue local et les avantages qu'elle doit y trouver au point de vue général.

La tuberculose de la trompe et de l'ovaire rentre dans la loi générale des tuberculoses à la portée de la main du chirurgien, grâce à la laparotomie actuellement inoffensive. L'ablation radicale de ces foyers tuberculeux, non-seulement débarrasse la malade d'une source de douleurs et d'accidents variés, mais elle a aussi l'avantage d'empêcher une propagation à distance de ces foyers tuberculeux. On peut comparer les indi-

cations de cette ablation à celles de la tuberculose de l'épidyme et du testicule, lorsque les autres parties de l'appareil génito-urinaire sont intactes.

J'ajouterai même, dit M. Terrillon, que l'ablation des organes internes de la femme atteints de tuberculose, s'impose encore plus impérieusement que celle du testicule. En effet, cette tuberculisation intra-péritonéale donne du côté du péritoine des accidents autrement douloureux et autrement graves que ceux qui sont provoqués par des lésions du testicule du côté du scrotum ou de la tunique vaginale.

Quand l'ovaire et la trompe ont subi la suppuration caséeuse, cette poche purulente est autrement dangereuse que l'abcès tuberculeux du testicule, qui s'ouvre facilement au dehors et ne donne qu'une fistule peu dangereuse par elle-même. La fistule vaginale, rectale ou abdominale provenant d'un abcès tuberculeux des annexes de l'utérus est particulièrement grave et dangereuse pour celle qui en est atteinte.

En résumé, toutes les considérations portant sur la nature et la marche, et les dangers de la maladie, aussi bien que sur le traitement chirurgical actuellement assez bénin, militent en faveur de l'ablation des annexes de l'utérus atteints de tuberculose.

On pourrait ajouter même qu'il serait préférable de les enlever de bonne heure, aussitôt que la maladie est reconnue et qu'elle a commencé à donner lieu à des

accidents péritonéaux graves et relativement si préjudiciables pour la santé des malades. Malheureusement le diagnostic au début est difficile dans la plupart des cas.

Il est vrai que chez les malades où la lésion est volumineuse, douloureuse et a déjà donné lieu à quelques accidents du côté du péritoine, on peut entreprendre l'opération sans avoir de notion bien définie sur la nature exacte des lésions. Dans cette dernière condition, on a rendu un double service à la malade : en la débarrassant d'une lésion tuberculeuse, c'est-à-dire inguérissable ; en enlevant une affection localisée qui provoque des accidents multiples.

Dans un grand nombre de cas l'extirpation locale doit être difficile à cause des fortes adhérences ; on est obligé alors de sculpter, pour ainsi dire, en plein tissu induré. Si pendant cette décortication la poche se rompt et le pus pénètre dans la cavité péritonéale, et même sans cette fâcheuse éventualité, il serait absolument utile de terminer l'opération par un lavage abondant avec l'eau bouillie et filtrée à une température de 55° environ. Avec ce lavage on peut se dispenser de toucher les surfaces de décortication avec des solutions phéniquées fortes ou de sublimé.

Il ne faut pas craindre d'agrandir l'ouverture abdominale, du côté de l'ombilic de façon à manœuvrer facilement dans le bassin, afin de rendre plus facile la décortication de la poche.

On peut employer au besoin le drainage de la cavité abdominale avec un gros drain en caoutchouc, suffisamment perforé, surtout vers sa partie inférieure.

Il peut arriver que l'abcès tuberculeux de l'ovaire ou de la trompe soit tellement volumineux et tellement adhérent aux parties voisines, qu'il soit impossible de l'enlever. La décortication est alors trop pénible ou laisserait après elle des désordres trop étendus. Dans ces conditions, qui sont heureusement rares, il ne faut pas tenter d'enlever complètement les parties malades.

On est donc autorisé à ouvrir la poche purulente, à la bien nettoyer et à la sonder par ses bords à l'ouverture abdominale pour la drainer ensuite. M. Terrillon a déjà employé cette méthode dans les suppurations simples ; il n'a pas eu l'occasion de s'en servir pour les abcès tuberculeux qu'il a toujours enlevés en totalité. Cependant en pareille circonstance, il n'hésiterait pas à drainer la poche, malgré le bénéfice moins grand donné à la malade.

Le bénéfice de l'opération est réel au point de vue local, en arrêtant les poussées de pelvi-péritonite ; réel aussi au point de vue général, en améliorant la santé de la malade.

La présence d'une tuberculisation dans un autre organe, comme le poumon, est rare, mais elle ne contre-indique pas l'opération, à moins qu'elle soit trop avancée.

M. Terrillon, dans sa communication faite au Congrès français de chirurgie de 1889, sur l'intervention chirurgicale dans la salpingite tuberculeuse, portant sur six observations qui lui sont personnelles, termine ainsi : « Il me resterait encore à démontrer que les résultats éloignés de cette opération donnent à la malade un bénéfice évident et durable.

« En effet, comme je l'ai indiqué en commençant, les résultats fournis par mes observations sont encore trop récents pour donner une preuve de l'utilité de la castration chez la femme au point de vue de la survie des opérées. Je ne sais encore si mes malades seront plus ou moins longtemps à l'abri d'une tuberculose par extension ou d'une généralisation.

« Mais ce que je peux affirmer dès à présent, c'est que non-seulement l'état local, c'est-à-dire l'état douloureux de l'abdomen chez ces femmes, s'est amélioré, mais que leur santé générale a bénéficié notablement de l'intervention.

« Chez les unes, j'ai enlevé un ou deux foyers provoquant des poussées inflammatoires du côté du péritoine et des phénomènes sérieux du côté du tube digestif. Chez d'autres, des foyers de suppuration ont été supprimés, qui donnaient de la fièvre hectique ou menaçaient de se rompre dans le péritoine.

« En un mot, chez aucune de ces malades on ne peut nier le bénéfice obtenu. »



## CONCLUSIONS

---

1° Il existe une pelvi-péritonite tuberculeuse primitive et une autre consécutive à la tuberculisation des organes génitaux. Dans le premier cas l'infection se fait par la voie vasculaire, et dans le second l'infection se fait par la voie génitale ou ascendante.

2° Primitive ou secondaire, la pelvi-péritonite tuberculeuse peut se manifester sous deux formes : une forme aiguë et une forme chronique ; cette dernière, d'après son mode de début, peut être ou chronique à début aigu, ou chronique d'emblée.

3° Cette affection paraît difficile à différencier des autres pelvi-péritonites, mais, dans bien des cas, on peut arriver à établir son diagnostic. Celui-ci tire ses éléments de l'ensemble symptomatique et de l'évolution de la maladie ; chaque symptôme pris isolément n'a rien d'absolument caractéristique. Il faut surtout tenir grand compte de l'absence des causes ordinaires

de l'inflammation du péritoine pelvien, telles que fausses couches, blennorrhagie, etc. Le diagnostic pourra aussi s'appuyer sur les antécédents de la malade, son état général, le déperissement rapide et sur la présence d'autres lésions tuberculeuses dans l'organisme.

4 Le pronostic de cette maladie peut être considéré comme moins sombre aujourd'hui qu'elle est susceptible d'être traitée chirurgicalement.

5° Que la pelvi-péritonite tuberculeuse soit primitive ou secondaire la laparotomie est toujours indiquée, à moins d'une contre-indication.

6° Les considérations précédentes sont applicables à la salpingo-ovarite tuberculeuse, dont le diagnostic peut s'appuyer également sur la présence de deux signes très importants qu'on rencontre souvent : les pelvi-péritonites à répétition et la constatation par le toucher, dans l'un des culs-de-sac vaginaux, des nodosités d'une consistance spéciale.

Quant à l'examen bactériologique des sécrétions utérines il s'offrait l'avantage de confirmer le diagnostic, mais il ne servirait pas à éclairer le chirurgien en temps utile.

7° Que la salpingo-ovarite tuberculeuse ait ou non abouti à la suppuration, la laparotomie sera toujours indiquée.

Etant donné nos connaissances sur la constitution et le traitement des abcès tuberculeux, il ne saurait

jamais être question dans le pyo-salpinx de cette nature, d'hystérectomie ou autre intervention par la voie vaginale.

TILL AUX.

Vu : *Le Doyen,*

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| Avant-propos.....                     | 7   |
| Introduction.....                     | 9   |
| Aperçu historique.....                | 25  |
| Etiologie, pathogénie, fréquence..... | 29  |
| Anatomie pathologique.....            | 39  |
| Symptômes.....                        | 47  |
| Diagnostic, pronostic.....            | 91  |
| Traitement.....                       | 99  |
| Conclusions.....                      | 113 |









